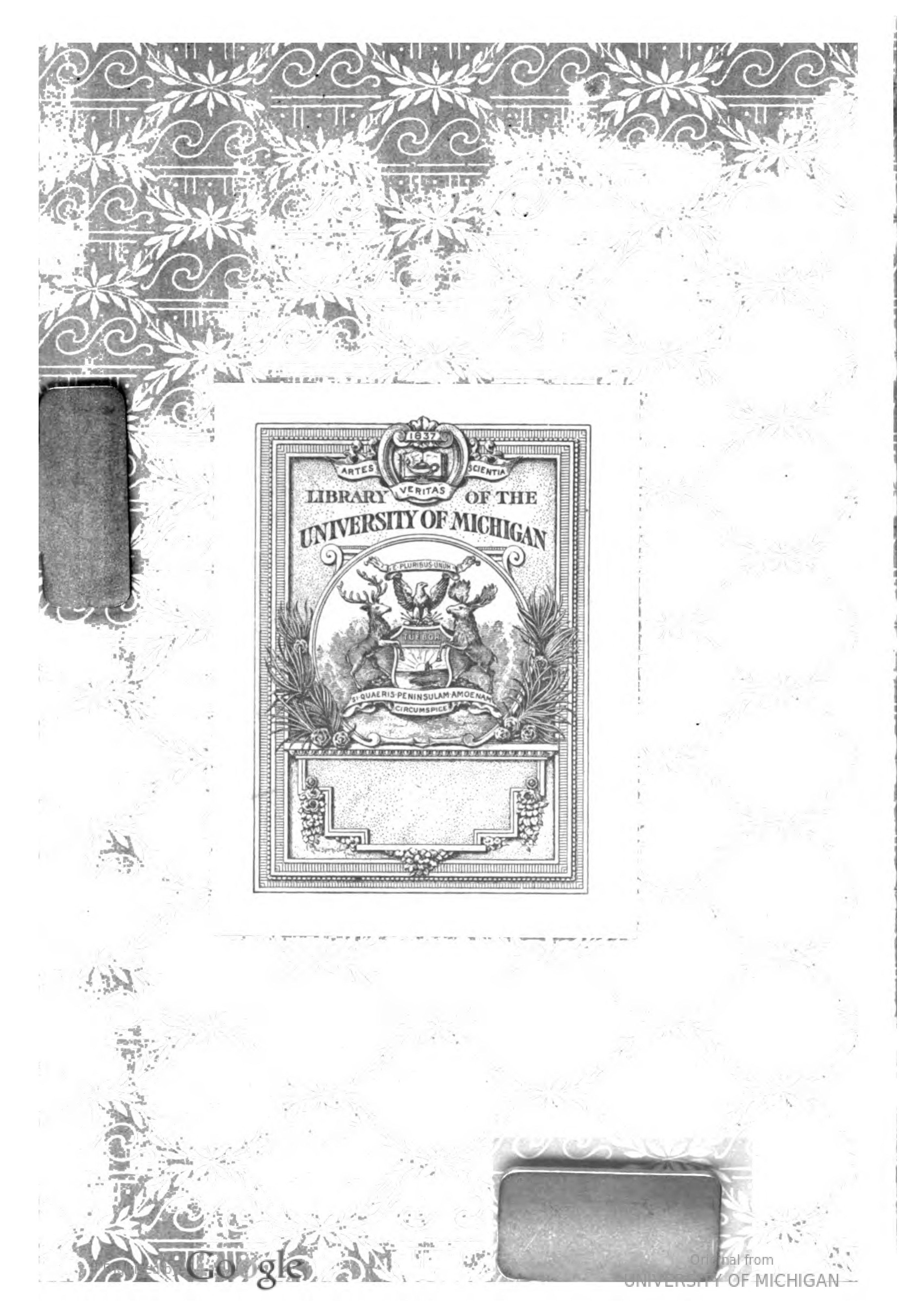
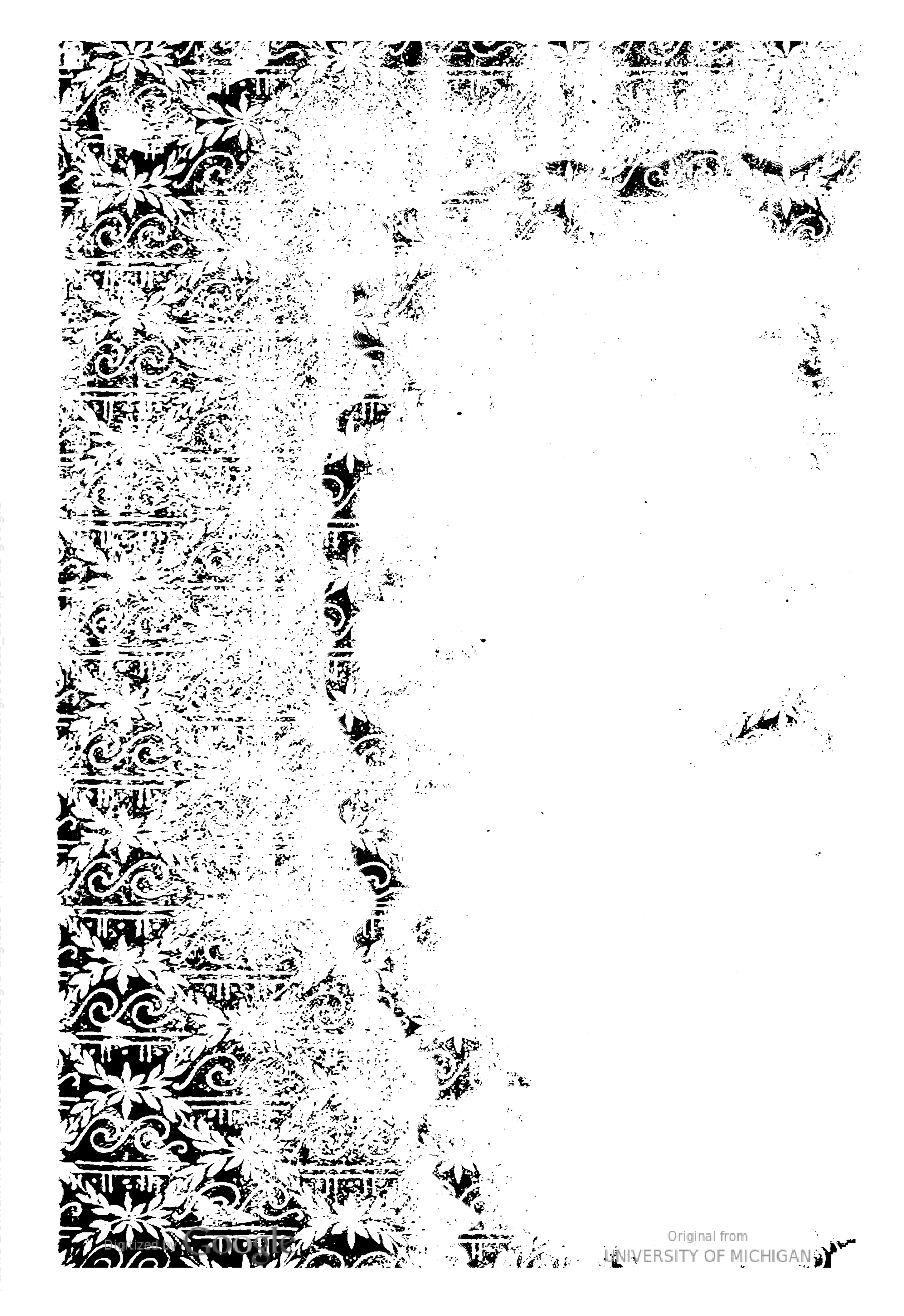



1837
ARTES
SCIENTIA
VERITAS
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE



Zentralblatt
für
Chirurgische und Mechanische Orthopädie
einschliesslich der gesamten Heilgymnastik und Massage

Herausgegeben von

Prof. Joachimsthal-Berlin, **Prof. Kölliker**-Leipzig, **Prof. Lange**-München, **Prof. Ludloff**-Breslau, **Prof. Riedinger**-Würzburg, **Prof. Ritschl**-Freiburg i. B., **Priv.-Doz. Dr. von Baeyer**-München, **Priv.-Doz. Dr. Wollenberg**-Berlin, **Dr. Martinez Angel**-Madrid, **Prof. Bayer**-Prag, **Priv.-Doz. Dr. Chrysospathes**-Athen, **Prof. Codivilla**-Bologna, **Dr. Delcourt**-Brüssel, **Prof. Dollinger**-Budapest, **Priv.-Doz. Dr. Haglund**-Stockholm, **Priv.-Doz. Dr. Hübscher**-Basel, **Prof. Jonnesco**-Bukarest, **Dr. Robert Jones**-Liverpool, **Prof. Kirmisson**-Paris, **Prof. Kondo**-Tokio, **Prof. Lorenz**-Wien, **Dr. R. W. Lovett**-Boston, **Dr. Reinhardt-Natvig**-Christiania, **Prof. Panum**-Kopenhagen, **Prof. Rydygier**-Lemberg, **Priv.-Doz. Dr. Schulthess**-Zürich, **Priv.-Doz. Dr. Tilanus**-Amsterdam, **Prof. von Wreden**-St. Petersburg.

Redigiert von

Prof. Dr. O. Vulpius

in Heidelberg.

Band III.

Mit zahlreichen Abbildungen im Text.



BERLIN 1909.

VERLAG VON S. KARGER,

KARLSTRASSE 15.

Druck von H. Klöppel, Quedlinburg.



Zentralblatt
für
Chirurgische und mechanische Orthopädie
einschliesslich der gesamten Heilgymnastik und Massage.

Redigiert von **Prof. Dr. O. Vulpius** in Heidelberg.

Verlag von **S. Karger in Berlin** NW., Karlstrasse 15.

Monatlich erscheint ein Heft im Umfang von 48 Seiten. Preis des Jahrgangs Mk. 15,—. Zu beziehen durch die Post und durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes.

Bd. III. **Januar 1909.** **Heft 1.**

(Aus der Kgl. orthopädischen Universitätspoliklinik in München [Professor Dr. Fritz Lange]).

Ueber den Vorderfussschmerz.

Von

Dr. GEORG HOHMANN, Oberarzt.

In der Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. XXI Heft 4 veröffentlicht Lehr sehr interessante Mitteilungen über die Natur des Vorderfussschmerzes und seine Behandlung. Ich kann aus unserer Erfahrung diese Mitteilungen nur bestätigen und will kurz die Behandlung beschreiben, die sich uns seit längerer Zeit bewährt hat. Sie beruht auf derselben Auffassung der Ursache des Schmerzes, wie der Heftpflasterverband Lehrs, indem sie ebenfalls von der Senkung des Quergewölbes im Bereich der Metatarsen ausgeht und durch Hebung des Quergewölbes die anormal belasteten Kapitula der mittleren Metatarsen von dem Drucke befreit.

Der typische Schmerz in der Metatarsengegend ist ja schon lange bekannt und die dabei vorkommende Verbreiterung des Vorderfusses öfters beobachtet. Allein therapeutisch liessen uns unsere Methoden in vielen Fällen noch im Stich. In einem Aufsatz: Fortschritte in der Plattfussbehandlung (Münchener Medizinische Wochenschrift 1906 Nr. 20) teilte ich mit, dass wir bei der Anfertigung des Gipsmodelles für eine Plattfussrandeinlage auf diese Verbreiterung des Vorderfusses Rücksicht nehmen und durch festes Anziehen der Gipsbinde in der Metatarsengegend den Vorderfuss gut zusammen-



nehmen. Die Einlage hielt mit ihrem äusserem starren Rand den Fuss fest und in vielen Fällen genügte diese Methode. In anderen Fällen entlasteten wir die Druckschwiele auf der Sohle durch lange bis vorn hinlaufende Einlagen aus Kork oder Filz und erreichten auch damit vielfach unser Ziel.

Oft besteht ja gleichzeitig noch ein mehr oder minder stark ausgebildeter Plattfuss, d. h. eine Senkung des Längsgewölbes und die dadurch entstandenen Schmerzen werden durch die das Längsgewölbe stützende Einlage mit beseitigt. Allein in manchen Fällen ist das Längsgewölbe gut erhalten, ein pes planus im engeren Sinne besteht nicht, und der einzige Schmerz ist der Metatarsalschmerz. Sollte man den nicht anders, nicht einfacher angreifen können, als durch die immerhin umständliche lange Einlage? Wir fingen mit Heftpflasterverbänden an, genau so, wie sie Lehr beschreibt und sahen gute Wirkung davon. Allein die Wirkung war nicht von langer Dauer, weil das Heftpflaster nachgab oder wenn zu fest angelegt, nicht vertragen wurde. Auch ist Heftpflaster ein Material, das wegen der Hautreizung nicht gut für längere Zeit konstant angewendet werden kann; von der Unbequemlichkeit für den Patienten nicht zu reden. Deshalb konstruierten wir eine abnehmbare Bandage. Auch Lehr erwähnt flüchtig eine solche mit Schnürung am Fussrücken, gibt aber dem Heftpflaster den Vorzug.

Unsere Bandage ist nun so konstruiert, dass sie durch die Richtung des Zuges das Quergewölbe aufrichten muss. Ein einfacher Ring um den Vorderfuss mit Schnürung am Fussrücken wirkt an sich nicht so vollkommen, weil die Zugrichtung nicht im Sinne der Aufrichtung des Bogens verläuft. Immerhin nützt auch der einfache Ring schon durch Zusammenfassen des Vorderfusses.

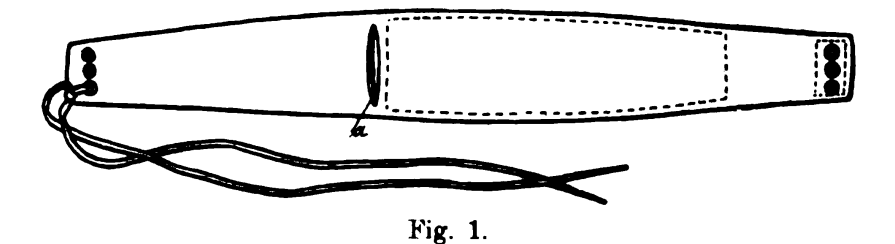


Fig. 1.

Die Bandage ist ein etwa 5 cm breites Band aus weichem Leder von 2 mm Dicke, das sich nach den beiden Enden hin etwas verjüngt (bis zu $3^{1}/_{2}$ cm) Fig. 1. An den Enden trägt es je drei Schnürlöcher. Auf der Innenseite ist es, soweit es den Fuss um-

fasst, mit dünnem weissem Filz von knapp Millimeterdicke überzogen, wodurch die Bandage gut vertragen und der von Lehr bei seinen Bandagen bemerkte Uebelstand des Hartwerdens des Leders durch den Schweiss leicht vermieden wird.

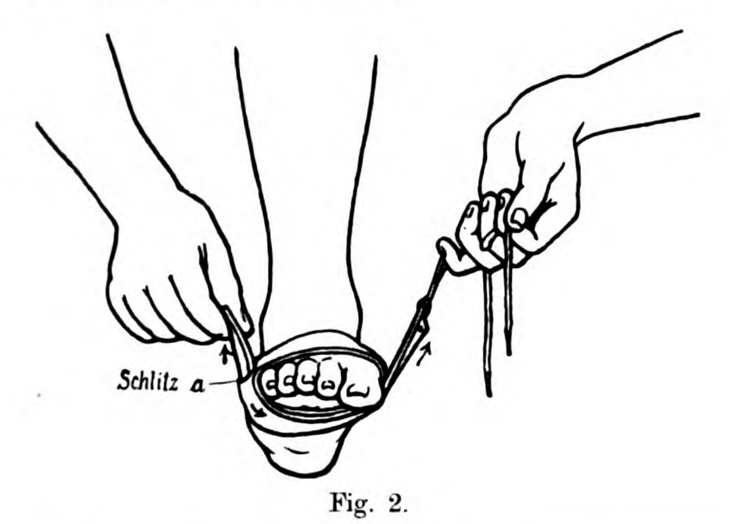


Fig. 2.

Die Bandage läuft nun, wie schon oben bemerkt, nicht einfach ringförmig um den Fuss herum, sondern es kehrt das eine Ende durch einen querverlaufenden Schlitz (bei a in Fig. 1) zum Fussrücken zurück, während das andere Ende nach unten noch einmal über die Sohle läuft und, während jetzt die beiden Enden fester angezogen werden, sich mit dem anderen auf dem Fussrücken begegnet, (siehe Fig. 2, die Pfeile bezeichnen die Zugsrichtung). Hier werden sie nun mit einem Schnürbändchen zusammengeschnürt und die Bandage sitzt. Fig. 3 und 4. Fig. 3 zeigt die am Fuss angelegte Bandage, die auch über dem Strumpf getragen werden kann. Fig. 4 veranschaulicht die angelegte Bandage ohne Fuss. Aus diesem Bild wird die Anwendung ohne weiteres deutlich. Es ist klar, dass diese Zugsrichtung, die nach

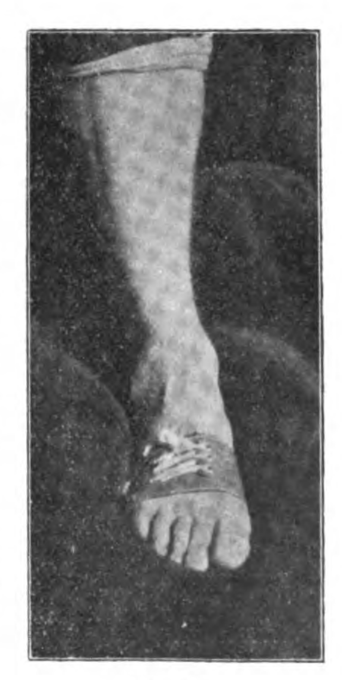


Fig. 3.

Schlitz a

Fig. 4.

unten geht, die Aufrichtung des Quergewölbes herbeiführen muss. Der Vorderfuss zeigt auch in der Bandage auf seiner Rückenfläche die verloren gegangene konvexe Rundung, die breiten Zwischenräume zwischen den Metatarsen verschwinden. Vor allem aber verschwindet bald der sehr unangenehme Schmerz.

Die Bandage ist in 10 Minuten herzustellen und hat vor dem Lehrschen Heftpflasterverband, der für uns nur noch zur Improvisierung in Anwendung kommt, den Vorzug der Dauerhaftigkeit und Bequemlichkeit.

(Aus der Orthopädischen Klinik des „Istituto dei Rachitici“ in Mailand [Direktor Prof. Dr. R. Galeazzi]).

Zur Tenotomie des Musculus Iliopsoas.

Von

Dr. A. ANZOLETTI,

Assistenten der Anstalt.

Die Operation wird nach Walzberg (Münch. med. Wochenschr. No. 41 vom 13. Oktober 1908) folgendermassen ausgeführt: Schräger Hautschnitt von 15—20 cm Länge am äusseren Rande des M. Sartorius 8 – 10 cm unterhalb der Spina ant. sup. beginnend. Spaltung der Scheide des Sartorius. Hierauf wird der Muskel kräftig nach innen verzogen und auch das hintere Blatt seiner Scheide gespalten. Man geht nun am medialen Rande des vorliegenden M. Rectus femoris, sich dicht an den dicken Muskelwulst haltend, vorwiegend stumpf in die Tiefe. Bald hommt man auf einen schräg durch die Wunde verlaufenden Strang: Die Vasa profunda, die doppelt unterbunden und durchschnitten werden müssen. Bald fühlt man jetzt mit der Fingerspitze, den Femurschaft als Führer benutzend, den Trochanter minor.

Walzberg fügt dann folgendes hinzu: „Immerhin bleibt die Wunde eine tiefe mit ungünstigen Abflussverhältnissen, so dass hier die Forderung peinlichster Asepsis wohl besonders betont zu werden verdient. Ich legte ein dünnes Drainrohr bis zum Trochanter. — Es ist ja unzweifelhaft, dass ein hinterer Zugang zum Trochanter günstigere Abflussbedingungen gäbe. Allein die anatomischen Verhältnisse liegen hier so viel schwieriger, dass jene durch eine ungleich grössere Ge-



fahr des Eingriffes erkauft werden müssten.“ Ich glaube wohl, dass letzteren Worten eine Verkennung der anatomischen Verhältnisse zu Grunde liegt, denn ein Zugang zum Trochanter minor ist hinten ungleich sicherer und leichter anzulegen als vorne.

Der Trochanter minor liegt hinten an der Wurzel der Crista intertrochanterica und ist meistens, so wie die Crista selbst, der Palpation gut zugänglich. Sollten sich einer genaueren Abtastung Schwierigkeiten entgegenstellen, so braucht man sich nur zu vergegenwärtigen, dass sein Sitz in der Regio retrotrochanterica ein Querfinger oberhalb einer Linie zu liegen kommt, welche vom Sitzknorren aus, in senkrechter Richtung auf die Achse der Femurdiaphyse gefällt wird. Da die Spitze des kleinen Rollhügels dem Spalte zwischen M. adductor minimus und M. quadratus femoris entspricht, so bleibt dieselbe unter der Haut nur vom äussersten Abschnitt des M. glutaeus maximus bedeckt. Die Richtung der Glutaeusbündel entspricht mit ziemlicher Genauigkeit einer Linie, die von der Kreuzbeinspitze zum Trochanter minor gedacht wird. —

Dies vorausgesetzt, will ich nun dartun, wie bei uns vorgegangen wird, wenn man den Ansatz des M. iliopsoas chirurgisch angehen will: Schräger Hautschnitt von 6 – 8 cm Länge in der Regio retrotrochanterica, dem Sitze des kleinen Trochanter und der Richtung der Glutaeusbündel entsprechend. Letztere werden auseinandergezogen und der Muskel durch seine ganze Dicke durchsetzt. Dieser erste Akt bietet weder Gefahr noch Schwierigkeit, denn, erstens, handelt es sich um jene Glutaeusportion, die der Insertion am Oberschenkel am nächsten liegend keine wichtigeren Gefässe oder Nerven in sich birgt, und, zweitens, sind die schlaffen Muskelbündel so grob voneinander geschieden, dass man den grössten Teil der Arbeit stumpf ausführen kann. Fährt man nun mit dem Finger in die Tiefe, so fühlt man in dem Spalte zwischen M. adductor minimus und M. quadratus femoris die von Ausstrahlungen der Psoassehne vollständig umwachsene Trochanterspitze. Adductor minimus und quadratus femoris werden kräftig auseinandergezogen und ihre Insertion, im Bereiche der breiten Trochanterbasis, vom Knochen zurückpräpariert. Jetzt liegt der ganze Rollhügel frei zu Tage. Nun könnte man vielleicht versucht sein, die Psoassehne ohne weiteres zu durchtrennen. Da jedoch die stärkste Partie der Psoassehne in der Aushöhlung des nach vorne hin ausgeschweiften Troch. m. eingebettet, einen guten Teil ihrer Bündel in die Beinhaut an der Vorderfläche des Femurknochens ausstrahlen lässt, so ist es ratsam, am hinteren Femurumfange um die Basis



des kleinen Rollhügels herum und senkrecht zur Oberfläche des Knochens einen breiten Hohlmeissel tief einzuhauen und den Trochanter selbst von der Diaphyse glatt abzuhebeln. Das kleine Bruchstück wird mit scharfer Zange gefasst und während der Oberschenkel im Hüftgelenk überstreckt und kräftig nach einwärts rotiert wird, werden durch die geschaffene Knochenbresche hindurch die Sehnenstränge vollständig durchschnitten, welche neben dem vorderen Umfange der Trochanterbasis dem Knochen noch anhaften. Zuletzt wird der Trochanter selbst von der Psoassehne gelöst und vollständig abgetragen. Neben Tenotomie handelt es sich um eigentliche Trochanterektomie.

Die eben beschriebene hat der Walzbergschen Methode gegenüber manchen Vorteil aufzuweisen:

1. Der Sitz der Operationswunde an der konvexen Seite eines in Flexion kontrakturierten Hüftgelenkes erleichtert ungemein die Durchführung strenger Asepsis, was auch die nachherige Anbringung einer Drainage vollständig überflüssig macht.
2. Ist die gesetzte Wunde eine kleine.
3. Kann man mit äusserster Schonung der Teile vorgehen, und ist, was Nerven und Gefässe anbelangt, die Operation absolut gefahrlos.

Die Arteria circumflexa femoris schlingt sich hoch oben, ganz ausserhalb des Operationsfeldes, um den Schenkelhals herum. Die Art. profunda femoris wird durch die ganze interponierte Masse des Musculus adductor medius gedeckt. Weiter entfernt, und besser noch geschützt liegt die Art. femoralis, und ebenso gesichert erscheint der Stamm des Nervus ischiadicus.

Karl Nicoladoni (Graz). Anatomie und Mechanismus der Skoliose.

Mit 54 Figuren auf 37 Tafeln und dem Porträt des Verfassers.

Berlin-Wien 1909. Urban und Schwarzenberg.

Ein letzter wissenschaftlicher Gruss des toten und doch dank seiner bahnbrechenden Ideen gerade uns Orthopäden lebendig gebliebenen und weiter wirkenden Meisters der Skoliosenuntersuchung wird uns im vorliegenden Buch übermittelt durch die Schwester.

Ein Vorwort von Hochenegg und ein weiteres der pietätvollen Herausgeberin klären uns über das späte Erscheinen der



Schrift auf. Sie war für die „Deutsche Chirurgie“ bestimmt und stellt einen verkürzten Auszug der grundlegenden Monographie in der „Bibliotheca medica“ dar.

In den einzelnen Kapiteln werden behandelt: Das skoliotische Skelett Erwachsener, Bänder und Zwerchfell, Architektur der kindlichen Skoliose, Mechanismus der Skoliose, Skoliose des Lendensegmentes, neuere Arbeiten über Anatomie und Mechanismus der Skoliose.

Die bleibenden Verdienste Nicoladonis um die Skoliosenforschung werden uns in dem mit Liebe ausgestatteten Buch wieder eindringlich vor Augen gerückt.

Derjenigen, welcher wir dies Vermächtnis verdanken, ist der mit Wehmut gemischte Dank der Orthopäden gesichert.

Vulpius - Heidelberg.

Borchgrevink (Christiania). Ambulatorische Extensionsbehandlung der oberen Extremität.

Mit 93 Abb. im Text. Jena 1908. Gustav Fischer. Preis 4 50.

B. beschreibt die von ihm konstruierten überaus einfachen Schienen zur Extensionsbehandlung der oberen Extremität. Er unterscheidet die Oberarmschiene, die Unterarmschiene, die kombinierte Ober-Unterarmschiene, die Handfingerschiene.

Der betreffende Extremitätenabschnitt wird auf einem Brett fixiert. Die Extension greift mit Hilfe eines Pflasterverbandes an, die Extensionsschnur läuft über eine Rolle, die am Ende der Schiene angebracht ist.

Die Extensionskraft liefert ein elastischer Zug, der an der Unterseite der Schiene angespannt wird. Ausser den an sich schon einfachen Schienen werden noch Improvisationen derselben beschrieben.

Im zweiten Teil des Buches werden die verschiedenen für Extensionsbehandlung in Betracht kommenden Verletzungen der oberen Extremität aufgeführt und die erzielten Resultate an Röntgenbildern demonstriert.

Unzweifelhaft hat das Verfahren des Verf., der Chirurgischer Oberarzt am Diakonenhospital zu Christiania ist, den grossen Vorzug der Einfachheit für sich, wodurch dasselbe auch dem praktischen Arzt ohne Schwierigkeiten und ohne erhebliche Kosten zugänglich ist.

Vulpius - Heidelberg.



The Widener Memorial Jndustrial Training School for Crippled Children.

Second Annual Report, Juli 1908.

Das üppige Krüppelheim in Philadelphia ist durch einen Winterspielplatz und eine gedeckte Winterspielhalle vervollständigt worden.

Auffallend gering scheint der Andrang zu diesem Krüppelparadies zu sein, nur 19 Aufnahmen hat das 2. Berichtjahr gebracht. Die Zahl von 74 Insassen des Heimes kontrastiert mit der Zahl von 35 an der Behandlung beteiligten Aerzten. **Vulpius**-Heidelberg.

1) **Axhausen.** Histologische Untersuchungen über Knochentransplantation beim Menschen.

Deutsche Zeitschr. für Chir. 91. Bd. H. 3—4, pag. 385.

Entgegen den bekannten Ansichten Barths über das Schicksal transplantierter Knochen findet A. an einem Fall aus der Kieler Klinik, dessen genauer histologischer Untersuchungsbefund mitgeteilt wird, dass das mitüberpflanzte Periost im Gegensatz zum Knochengewebe nicht abstirbt. Der Ersatz des abgestorbenen Knochens erfolgt durch Neubildung aus dem überpflanzten und funktionsfähigen Periost. Deshalb empfiehlt sich die Ueberpflanzung frischen mit Periost gedeckten Knochens zur Deckung von Kontinuitätsdefekten bei Röhrenknochen. **Lindenstein**-Heidelberg.

2) **Obutaro Tomita.** Ueber Knochentransplantation bei ausgedehntem Kontinuitätsdefekt der langen Röhrenknochen.

Deutsche Zeitschr. für Chir. Bd. 90. H. 1—3. pag. 247.

Der Arbeit liegen fünf Fälle aus dem russisch-japanischen Krieg zu Grunde, bei denen die durch Schussverletzung entstandenen Knochenbrüche mit grossem Kontinuitätsdefekt ausheilten. Zu deren Beseitigung wurden Knochentransplantationen ausgeführt und zwar in zwei Fällen Heteroplastik, in drei Fällen Autoplastik. Dreimal war der Defekt am Unterschenkel, zweimal am Oberarm, darunter 1 Pseudarthrose. In vier Fällen handelte es sich um Defekte von 5—12 cm. Länge. Die Transplantation gelang in allen Fällen und wurden durch dieselbe selbst bei den grössten Defekten gute Endresultate erzielt.

Am geeignetsten erscheint das Verfahren der Autoplastik, wenn ein genügend grosses Knochenstück zur Verfügung steht, da selbst lebensfrisch eingepflanzter Tierknochen im Gegensatz zu transplantierten Knochen vom gleichen Individuum abstirbt und resorbiert wird. **Lindenstein**-Heidelberg.



3) **Chrysospathes** (Athen). Beitrag zu den hyperplastischen Osteopathien resp. Osteoarthropathien.

Zeitschr. für orthopäd. Chirurgie. XX. Bd. S. 406.

Verf. schildert einen Fall von übermässigem Knochenwachstum, das sich in sehr langsamem Verlauf erst an dem einen Arm, dann an dem anderen zeigte. Zugleich mit der Verdickung der Knochen der oberen Extremität zeigte sich eine zunehmende Ankylosierung der Gelenke. Röntgenologisch war eine Verdickung des knöchernen Gewebes und Osteophytenbildung festzustellen. Keine Osteoporose. Ein näherer Vergleich mit den bekannten Erkrankungen des Knochensystems (Akromegalie, Osteoarthropathie hypertrophiente pneumique, Ostitis fibrosa, Dyschondroplasie) und mit einzelnen nicht klassifizierten, als Seltenheiten berichteten Knochenleiden, führt Verf. zu dem Schluss, dass es sich hier um eine noch nicht beschriebene Form hyperplastischer Osteopathie handele. Aetiologisch glaubt Verf. am ersten irgend eine Infektion annehmen zu dürfen, besonders da er eine ähnliche Vergrösserung der knöchernen Elemente auch bei einer Fusstuberkulose beobachtete. Ein sehr ausgedehntes Literaturverzeichnis über oben erwähnte seltene Knochenerkrankungen schliesst die Arbeit. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

4) **Decref.** Osteofitos epifisarios.

Rev. de Med. y Cirug. pract. de Madrid. Nr. 1030 v. 14. VI. 08.

Besprechung der Diagnose und Behandlung der an den Epiphysen verschiedener Knochen auftretenden Exostosen, welche syphilitischen, gonorrhoischen, rheumatischen oder traumatischen Ursprunges sein können. Die häufigste Form ist der bekannte Sporn an der Epiphyse des Kalkaneus, der so oft zu falschen Diagnosen Veranlassung gibt. Die Therapie ist natürlich operativ. Viele dieser Exostosen, die traumatischer Natur sind, z. B. an der Tibia, Fibula etc., verdanken ihre Entstehung gelegentlichen Unfällen beim Sport. D. sieht daher die beste Prophylaxe dieser Verletzungen in einer Beschränkung des neuerdings zu grosse Ausdehnung nehmenden jugendlichen Sportes. **Stein**-Wiesbaden.

5) **Fogh** (Kopenhagen). Ein Fall von posttyphöser suppurativer Knochenentzündung mit ausserordentlich langwierigem Verlaufe.

Deutsche med. Wochenschr. 1908. Nr. 30. S. 1305.

Vier bis zwölf Monate nach einem Typhus traten bei diesem Patienten Schmerzempfindungen im linken Oberschenkel auf, die



sich anfallsweise über 15 Jahre hinzogen, um dann unter Temperatursteigerung zu exazerbieren. Der alsdann vorgenommene operative Eingriff ergab Eiter im linken Femur, führte aber zu einer raschen Ausheilung. Drei Jahre später erneute Abszessbildung vom Knochen aus, die nach vorübergehender Ausheilung immer wieder rezidivierte. Die bakteriologische Untersuchung des Eiters ergab Typhusbazillen (Eberth), die nur bei dem s. Z. durchgemachten Typhus in den Körper gelangt sein können. Die Vidalsche Reaktion war am Ende der Erkrankung (23 Jahre nach dem Typhus) noch positiv. Tuberkulose war nicht nachzuweisen. Dass Typhusbazillen sich so lange im Körper halten können, beweisen auch andere Veröffentlichungen. Möglicherweise hat dabei ein Trauma des linken Oberschenkels (1 Jahr vor dem Typhus) einen Locus minoris resistentiae geschaffen.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

6) **Stadler.** Ueber Knochenerkrankung bei Lues hereditaria tarda.

Fortschr. auf d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. XI, Heft 2.

Den wenigen bisher bekannten Fällen fügt Verfasser eine weitere Beobachtung an. Es handelt sich um einen 17jährigen Arbeiter, bei dem ausser der seit Fourniers Untersuchungen bekannten „säbelklingenförmigen“ Verbiegung der Tibia eine auffallende Inkongruenz zwischen Rumpf-, Oberschenkel- und Unterschenkellänge auffällt. Ferner findet sich bei der Längenmessung der Unterschenkel eine Differenz von 1 cm. Die Vorderarmknochen zeigen an der oberen und äusseren Seite der Elle eine druckempfindliche Knochenverdickung mit höckriger Oberfläche. Als Bestätigung für die Aetiologie dienen ferner Hornhauttrübungen und Hutchinsonsche Zähne. Die röntgenologische Untersuchung ergab sowohl am Unterschenkel wie Vorderarm einen auffälligen Mangel an Knochenstruktur im Bereich der Diaphyse; Compacta und Spongiosa gehen ineinander über. Ferner fällt eine Verdickung der Tibia auf und an der Rückseite der Tibia eine feine, scharfe Linie, die als erste Andeutung einer Periostitis ossificans gelten kann. Die Epiphysenlinie ist auffallend breit und stark gezackt. Die gleichen Veränderungen finden sich an den Vorderarmknochen. An der Ulnadiaphyse ist eine gleichmässig spindelförmige Auftreibung, während am Radius eine radialwärts konvexe Krümmung auffällt. Die Ursache der Verbiegung liegt im vermehrten Längenwachstum bei abnorm weichen Knochen. Der Sitz der Erkrankung an der Tibia und den Vorderarmknochen spricht dafür, dass die Körper-



teile besonders in Mitleidenschaft gezogen werden, die bei lebhaftem Wachstum äusseren Schädlichkeiten besonders stark ausgesetzt sind.

Lindenstein-Heidelberg.

7) **Baum.** Knochenbrüche bei Tabes und deren aetiologische Stellung.

Deutsche Zeitschr. für Chir. Bd. 89. H. 1—4. pag. 1.

Auf Grund eingehender Litteraturstudien und nach der Beurteilung eigener Untersuchungen und experimenteller Arbeiten wird die neuropathische Theorie für die Entstehung der Knochenbrüche bei Tabes in Abrede gestellt. Verf. unterscheidet zwischen Fällen mit abnormer Knochenbeschaffenheit bei vorgeschrittenen Fällen, nach langem Krankenlager oder im Zusammenhang mit anderweitigen Erkrankungen (Tumoren) und solchen mit normalem Knochenbefund. Zur Erklärung dieser nimmt er die mechanische Theorie in Anspruch. Die Ursache der Fraktur liegt nicht im Knochengewebe, sondern ist durch die Grundkrankheit und deren Folgen bedingt. Diese Folgen sind Herabsetzung des Muskeltonus, Aufhebung des Muskelsinnes und der Knochensensibilität. Folge dieser Momente ist es auch, dass das einwirkende Trauma meist zu gering bewertet wird. In 9 von den 11 angeführten Fällen finden sich bei sorgfältiger Erhebung der Anamnese nicht unbeträchtliche traumatische Einwirkungen, deren richtige Einschätzung den Pat. wegen der mangelhaften Gefühlsempfindungen abhanden gekommen ist. Verf. wendet sich deshalb auch gegen die Bezeichnung „Spontanfraktur."

Der Sitz der Fraktur ist in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle die untere Extremität mit auffälliger Bevorzugung des Oberschenkels. Die Frakturen treten vielfach multipel auf und finden sich in allen Stadien der Rückenmarkserkrankung. Oft bilden sie das erste Zeichen des bis dahin latent gebliebenen Leidens. Die Heilungstendenz der Knochenbrüche ist eine durchaus gute. Die oft übermässig starke Calluswucherung wird auf die fehlende Muskelspannung und dadurch bedingte stärkere Blutfüllung zurückgeführt. In der Behandlung bewährt sich die Extensionsmethode als die beste. Auch operative Massnahmen, Amputationen, Resektionen, Implantation bei Pseudarthrosen, sind durchaus gerechtfertigt und zeigen gute Erfolge.

Lindenstein - Heidelberg.

8) **Dobove** (Paris). Tabes et chirurgie.

La presse médicale. 1908. Nr. 59.

Die Tabes zeigt sich unter sehr verschiedenen Formen und



oft sind die Erscheinungen derart, dass die Grundkrankheit verkannt wird. Dies hat namentlich dann sehr unliebsame Folgen, wenn man eine chirurgische Krankheit annimmt und demgemäss einen chirurgischen Eingriff macht. Nicht nur, dass derselbe auf das Leiden gar keinen Einfluss ausübt, sondern die Heilung der Operationswunde ist eine sehr langwierige und kann in manchen Fällen auch ganz ausbleiben. Es ist dies namentlich mit Bezug auf tabetische Gelenkerkrankungen in Betracht zu ziehen. Es sind da oft Resektionen mit den schlechtesten Folgen vorgenommen und die Tabes erst dann erkannt worden, als es zu spät war. Ja, es sind Fälle bekannt, und der Verfasser zitiert solche aus eigener Beobachtung, wo die Operation nicht nur lokal nichts genützt hat, sondern auch auf die Grundkrankheit einen verschlimmernden Einfluss ausgeübt hat. Eine 48jährige Tabetikerin erkrankte an einer Arthritis des rechten Kniees. Es wurde die Resektion desselben vorgenommen und das Bein in einem Gypsverbande immobilisiert. Bald darauf traten schwere gastrische und laryngeale Krisen auf, häufige Ohnmachten verschlimmerten den Zustand und die Patientin starb am 25sten Tage nach der Operation. Die Untersuchung des resezierten Kniees zeigte auch nicht eine geringe Spur von knöcherner oder selbst bingewebiger Vereinigung der Knochen.

In anderen Fällen wurde wegen gastrischer tabetischer Krisen die Gastro-Enterostomie vorgenommen, da Pylorusstenose diagnostiziert wurde. In einem anderen ähnlichen Fall wurden Leberkrämpfe angenommen und die Gallenblase reseziert. Als die Schmerzen hierauf nicht besser wurden, machte man eine Nephropexie, indem man glaubte, dass es sich um Wanderniere handle. In ähnlicher Weise wurde bei Blasenkrisen der Steinschnitt vorgenommen.

Aus diesen Erfahrungen soll die Lehre gezogen werden, dass man bei Vorhandensein von osteo-artikulären Erkrankungen, sowie auch bei verschiedenen Krisen der Viszeralorgane an die Möglichkeit des Bestehens von Tabes denken und den Kranken einer dementsprechenden Untersuchung unterwerfen soll. **E. Toff**-Braila.

9) **Grashey.** Ueber die Untersuchung von Frakturen mit Röntgenstrahlen.

Fortschr. auf dem Geb. der Röntgenstr. Bd. XI. Heft 3.

Die praktischen Erfahrungen, die Verf. an der Hand von 1500 Fällen der Münch. chirurg. Klinik gewonnen hat, bilden die Grundlage der sehr ausführlichen Arbeit. Im allgemeinen Teil führt er zunächst aus, dass in praktischer Hinsicht nur insoweit der



Nachweis einer Kontinuitätstrennung am Knochen notwendig ist, als dadurch Prognose und Therapie beeinflusst werden. Die einseitige Ueberschätzung des Knochenbefundes gegenüber den begleitenden Weichteilschädigungen und der Beteiligung der Gelenke ist ein grosser Fehler. Wenn die Untersuchung mit Röntgenstrahlen den anderen Methoden auch bei weitem sich überlegen zeigt, warnt er doch vor der meist üblich gewordenen einseitigen Ueberschätzung des Röntgenbildes und empfiehlt dringend die Berücksichtigung und Ausbildung der übrigen klinischen Methoden, die in manchen Fällen (Rippen, Schädelfraktur) eine sicherere Diagnose ermöglichen als das Röntgenverfahren. Klinisch zweifelhafte Frakturen müssen ohne Rücksicht auf negativen Röntgenbefund zunächst als Fraktur behandelt werden. Erst wiederholte Aufnahmen, auch nach Verlauf einiger Zeit, um evtl. Callusbildung festzustellen, lassen einen einigermassen sicheren Schluss zu. Aber auch Fehldiagnosen nach der positiven Richtung hin muss man nach Möglichkeit vermeiden; Verwechslung mit Epiphysenlinien; Varietäten, atypische Projektionen.

Dagegen kann man allein aus dem Röntgenbild den genauen Verlauf der Bruchlinien erkennen. Es sind dazu mehrere Aufnahmen erforderlich, nicht nur „in zwei aufeinander senkrechten Ebenen" sondern „in verschiedenen den möglichen Bruchformen erfahrungsmässig angepassten Projektionsrichtungen." Die Frage der eingekeilten Fraktur ist nach dem Röntgenbild allein nicht zu entscheiden; ebenso ist die Diagnose Pseudarthrose unter Umständen schwierig. Im ersten Falle sind allein negative, im zweiten positive Röntgenbefunde von Bedeutung. Für die Unfallspraxis ist der Nachweis röntgenologisch festgestellter Frakturen ausserordentlich wichtig; es empfiehlt sich daher die Aufnahme jeder Fraktur, aus diesen und anderen Gründen. (Nachweis von Cysten, Tumormetastasen.) Der Grad der Kallusbildung lässt sich im Röntgenbild nicht sicher genug kontrollieren, um darauf allein klinische Massnahmen zu gründen. Das Einrichten von Frakturen und die Anlegung des Verbandes unter Kontrolle des Röntgenschirmes erscheint als ein für den klinischen Betrieb wünschenswertes Erfordernis. Der Nachweis alter Frakturen ist zuweilen schwierig, da sich nach Verlauf einiger Zeit oft alle Merkmale verloren haben, auch bei anfänglich bestandener Dislokation geringen Grades.

Im speziellen Teil werden für die einzelnen Körperregionen Anweisungen über zweckmässige Lagerung und Deutung der Befunde gegeben. Die Einzelheiten darüber müssen im Original nachgelesen werden. Im ganzen kommt G. zum Schluss, dass die An-

wendung der Röntgenstrahlen unsere Kenntnisse wesentlich erweitern, die klinischen Methoden aber nicht entbehrlich machen, sondern verfeinern und ausbauen soll. **Lindenstein**-Heidelberg.

10) **Petit** (Paris). Sur la radiologie des fractures. (Das Röntgenverfahren bei der Behandlung der Frakturen.)

La méd. d. accidents du trav. Bd. VI. Nr. 7. S. 213.

P. bespricht die Bedeutung der Röntgenstrahlen bei der Behandlung der Frakturen. Abgesehen von der Schmerzlosigkeit, die das Verfahren vor anderen Untersuchungsmethoden auszeichnet, gibt es auch sichere Resultate in Fällen, wo andere diagnostische Hülfsmittel versagen. Verf. plädiert dafür, die Durchleuchtung auf dem Schirm mehr in Anwendung zu ziehen, da man darauf auch die Bewegungen verfolgen könne. Bei der Photographie hält er Aufnahmen in zwei Ebenen im allgemeinen für überflüssig. Ueber die Position der Fragmente und Fortschritt der Heilung geben die Röntgenstrahlen sicheren Aufschluss, ebenso wie über die Differentialdiagnose von Knochenerkrankungen und Frakturfolgen. Eine sichere Beurteilung ist natürlich nur von Seiten des erfahrenen Arztes möglich. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

11) **Vogel.** Ueber Frakturheilung mit besonderer Berücksichtigung der Bedeutung des Blutergusses für die Callusbildung.

Deutsche Zeitschr. für Chir. 91. Bd. 1—2. H. pag. 143.

Aus der allgemeinen Betrachtung über die Frakturheilung überhaupt und den Einfluss, der dem Bluterguss dabei zukommt, folgt, dass sowohl Periost als Knochenmark für die Callusbildung in Betracht kommen. Die verzögerte Callusbildung findet sich abgesehen von allgemeinen Schwächezuständen und konstitutionellen Erkrankungen bei ererbter oder angeborener „Dyskrasie des Stratum fibrosum“. Als Beleg dafür dienen 12 Krankengeschichten. Gegen die verzögerte Callusbildung empfiehlt sich die Blutinjektion nach Bier, die Verf. in 7 Fällen mit gutem Erfolg angewandt hat. Die Injektion muss zwischen Periost und Knochen erfolgen und soll eine stärkere Anspannung des Periostes bedingen und dadurch zu erhöhter Knochenneubildung anregen. Die Verwendung von Blut empfiehlt sich, da es nicht als Fremdkörper wirkt und nur langsam resorbiert wird. Auf Grund der Beobachtungen wird in Vorschlag gebracht für die subkutane Osteotomie zur Vermeidung von Pseudarthrosen die Anwendung der Esmarch'schen Blutleere, um einen stärkeren



Bluterguss zu bedingen. Die bessere Anspannung des Periostes soll dadurch herbeigeführt werden, dass die letzte Knochenbrücke so durchbrochen wird, dass man den Knochen von der Wunde abbiegt und nach völliger Durchtrennung die Fragmente aneinander reibt.

Lindenstein-Heidelberg.

12) **Ghiulamila** (Bukarest). Ueber einige einfache und praktische Gipsextensionsverbände.

Zeitschr. f. orthop. Chir. XX. Bd. S. 486.

Anstatt der gewöhnlichen Heftpflasterextension verwendet Gh. ein Verfahren, dem er Einfachheit der Anlegung, Billigkeit und gute Wirkung nachrühmt. Ausgehend davon, dass bei der Extension am Beine der Haupthalt für die Zugverbände durch die Kondylen des Oberschenkels resp. durch die Malleolen gegeben werde, legt er an diesen Stellen über dünner, gleichmässiger Polsterung exakt anmodellierte Ringe aus Gips an, die den Zug auf die ganze von ihnen bedeckte Oberfläche übertragen. In diese Ringe werden feste Bänder eingegipst, an denen die Gewichte befestigt werden. Bei der Extension des Hüftgelenks greift der Zug sowohl am Knie wie am Fussgelenk an. Bei Extension des Kniegelenks, speziell bei Kontrakturen desselben, wird Oberschenkel und Becken in Normalstellung durch Gipsverband fixiert und auch Fuss und Unterschenkel in den Verband einbezogen. Der Verband wird dann am Kniegelenk durchtrennt und am Unterschenkelteil die Extensionsgewichte angehängt. Bei Extension der Wirbelsäule wird die Extension am Kopfe ausgeübt, während die Kontraextension an einem exakt dem Becken anmodellierten Beckengipsverband angreift.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

13) **Arce.** Tuberculosis articular.

Rev. de la soc. med. Argentina. Bd. XV. Nr. 87.

In einer sehr ausgedehnten Arbeit, welche die gesamte Pathologie und Therapie der Gelenktuberkulosen behandelt, kommt A. zu nachstehenden Ergebnissen: Die Gelenktuberkulose ist eine langsam fortschreitende Erkrankung, die nur in den allerseltensten Fällen zur Spontanheilung führt. Die rationelle Behandlung hat in der Mehrzahl der Fälle in der Arthrotomie mit nachfolgender Synovektomie bezw. Arthrektomie zu bestehen. Es muss stets grosse Sorgfalt auf die Erhaltung der Funktion gelegt werden; die „Arthrodiaphysektomie“ kann in schweren Fällen zumeist die Amputation ersetzen. Die Massage und die Mobilisation müssen der chirurgischen



Behandlung alsbald nachfolgen. Man kann eine Heilung der Kniegelenktuberkulose mit erhaltener Funktion des Gelenks auch nach der Synovektomie erreichen.

Die Arbeit ist durch vorzüglich ausgeführte radiographische Tafeln illustriert und ist in ihren von unseren modernen Prinzipien abweichenden Forderungen von Interesse. **Stein**-Wiesbaden.

14) **Coderque.** Tratamiento de las osteo-artritis tuberculosas por el metodo de Bier.

Rev. de Med. y Cirug. pract. de Madrid. Nr. 1031. v. 21. 6. 08.

Ausführliche Mitteilung über die Behandlung der Gelenktuberkulose mit passiver Hyperämie nach Bier an der Hand von vier Fällen, die günstigen Verlauf nahmen, und deren Krankengeschichten im Detail wiedergegeben werden. **Stein**-Wiesbaden.

15) **Glaessner** (Berlin). Ueber das Marmorek-Serum.

Deutsche med. Wochenschrift. Nr. 29. S. 1261.

G. berichtet aus der Hoffaschen Klinik über 10 mit Marmorek-Serum behandelte Tuberkulosefälle, spez. Knochen- und Gelenktuberkulose. Eine Schädigung, abgesehen von vorübergehendem Serumexanthem und Störung des Allgemeinbefindens in einigen Fällen, wurde nicht beobachtet, wohl aber Besserung bei fast allen Patienten zum Teil in auffallender Weise. Nur bei zwei Kranken mit schwerer multipler Knochentuberkulose blieben die Injektionen wirkungslos. Die Applikation des Mittels erfolgte teils subkutan, teils rektal, doch zieht Verf. die subkutane vor, rät aber, um die Unannehmlichkeiten des Serumexanthems und der begleitenden Störungen zu vermeiden, die Einspritzungen nur in grösseren Zwischenräumen zu wiederholen. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

16) **R. Weissmann.** Die Hetolbehandlung bei Tuberkulose.

Berliner Klinik Heft 240. Juni 1908.

Die Theorie der Hetolbehandlung beruht darauf, die den tuberkulösen Prozessen eigene geringe entzündliche Reaktion auf chemischem Wege zu erzielen. Versuche, die nach dieser Richtung angestellt wurden, führten Landerer über Jodoform, Salicylsäure, Perubalsam zur Anwendung der Zimmtsäure und speziell des zimmtsauren Natriums, des Hetols, das eine elektive Wirkung ausüben soll. Die durch das Hetol hervorgerufenen histologischen Veränderungen, die auf einer positiven Chemotaxis beruhen, lassen sich etappenweise verfolgen und repräsentieren sich 1. als Stadium der



Leukocytose, 2. als Stadium der Umwandlung, 3. als Stadium der Abkapslung und Bindegewebswucherung, 4. als Stadium der Vernarbung. Bakteriologisch bewirkt die Hetolbehandlung eine Erhöhung der Komplementbildung, sie versagt deshalb in Fällen, die nicht genügend Antitoxin und Zwischenkörper zu bilden im Stande sind.

W. verwendet die von Kalle und Co. in Biebrich hergestellte sterilisierte Hetollösung in zugeschmolzenen Röhren zu 1%, 2%, 5% und gibt das Mittel stets intravenös, die im Laufe von 11 Jahren gesammelten Erfahrungen sind durchwegs günstige. Insbesondere hat er nie eine ernstliche Störung erlebt. Unter 206 Fällen hat er das Mittel 133 mal mit dauerndem Erfolg, 46 mal mit Erfolg, 20 mal ohne Erfolg angewandt. Die besten Resultate garantiert die Lungentuberkulose des I. Stadiums, ferner die sog. larvierte Tuberkulose, sowie die Skrofulose und Drüsentuberkulose. Bei Knochen- und Gelenktuberkulose sind 60% Dauererfolge, 20% Besserungen und 20% Misserfolge zu verzeichnen bei Ruhigstellung der erkrankten Gelenke und Ausführung der notwendig erscheinenden typischen Operationen. Die durchschnittliche Dauer der Behandlung erstreckt sich auf 3—4 Monate und eine Nachkur von 6—8 Wochen. Die Durchschnittsdosis betrug für Mädchen und Frauen 15—20 mg., für Männer 20—25 mg. Es wurde mit 1 mg. begonnen und jeden 2. Tag 1 mg. mehr injiziert unter ständiger Kontrolle der Temperatur. Eine Erhöhung der Hetolwirkung bei Herzschwäche wurde versucht durch Meffertsche Waschungen und Packungen oder mit Kochschem Prävalidin. Neben der Hetolbehandlung muss für die bekannten hygienisch-diätetischen Massnahmen Sorge getragen werden. Im Zusammenhang mit diesen Faktoren muss die Hetolbehandlung nach Ansicht des Verfassers sich Bahn brechen und den ihr gebührenden Platz in der Behandlung der Tuberkulose gewinnen.

Lindenstein-Heidelberg.

17) **Müller** (Rostock). Ueber Knochengelenkresektionen.

Deutsche med. Wochenschr. Nr. 26. S. 1129.

Klinischer Vortrag über Resektionen der Knochen und speziell der Gelenke. Die Frage der Technik spielt heutzutage nur mehr eine geringe Rolle, desto mehr die Frage der Indikation. Vor allem kommt in Betracht die Tuberkulose, Resektionen wegen Ankylosen und Vereiterungen der Gelenke sind schon seltener. Schonung der Muskulatur sowie der Wachstumszonen sind zur Erreichung eines guten Resultats von Wichtigkeit. Auch möglichst aseptisches



Operieren und entsprechende Wundbehandlung (soweit möglich Verschluss der Wunde, sonst Drainage) sind zur Erzielung beweglicher Gelenke dringend nötig. Entsprechende Nachbehandlung mit Massage, Elektrizität und Uebungen ist sehr zu empfehlen. Das Operieren unter Blutleere und mit breiter Eröffnung des Gelenks erlaubt völlige Entfernung des Krankhaften. Bei Kindern ist möglichste Schonung der Wachstumszonen anzustreben, bei Erwachsenen kommt es mehr auf gründliche Entfernung aller Krankheitsherde an. Allzu frühzeitige Resektion ist zu widerraten, doch soll man auch nicht warten, bis der örtliche Befund und das Allgemeinbefinden allzu schlecht geworden sind. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

18) **Sagarra.** Valor terapeutico de la incisión amplia del periostio.

Rev. de Med. y Cirug. pract. de Madrid. Nr. 1039 v. 21. VIII. 08.

S. empfiehlt, als neue Behandlungsart der chronischen Ostitiden der langen Röhrenknochen, die oft als Neuralgie imponieren, und die besonders häufig im Bereiche der Tibia zur Beobachtung gelangen, eine ausgedehnte Inzision des Periostes vorzunehmen und die Haut über der Periostwunde wieder zu vernähen. Die Operation soll ausserordentlich gute Erfolge zeitigen und bringt auch bei einem diagnostischen Irrtum in jedem Falle eine gewisse Erleichterung der vorhandenen Beschwerden. **Stein**-Wiesbaden.

19) **Marina** (Triest). Gibt es Formes frustes oder rudimentäre Formen der muskulären Dystrophie (Erb) und ist deren Heilung möglich?

Deutsche med. Wochenschr. Nr. 25. S. 1087.

M. beobachtete einen Fall muskulärer Dystrophie bei einem 31 Jahre alten Manne, der früher nur geringe Störungen gezeigt hatte, bei dem sich aber jetzt nach einer anstrengenden Gebirgstour ein Schwächezustand in den Beinen einstellte. Die Untersuchung ergab Atrophie verschiedener Schulterblattmuskeln, Hochstand der rechten Schulter und Pseudohypertrophie der Gastrocnemii. Ausserdem war die galvanische sowie die faradische Erregbarkeit der gesamten Muskulatur, insbesondere der Streckmuskeln, stark herabgesetzt. M. fasst die Erkrankung als eine abortive Form der muskulären Dystrophie auf der Basis allgemein mangelhafter Entwickelung auf. Bei einer anderen Pat. fanden sich ausser leichter Skoliose, Hochstand der rechten Schulter und Abstehen der Schulterblätter erhebliche Atrophien und Hypertrophien einzelner



Muskelgruppen nebst Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit und Kraft der Gesamtmuskulatur. $5\frac{1}{2}$ Jahre später war der Prozess als geheilt zu betrachten. Diese Heilung lässt Verf. die Diagnose als unsicher erscheinen, und er stellt deshalb den Titel des Aufsatzes in Form einer Frage auf. Gerade die Skoliose und die Scapulae alatae waren differentialdiagnostisch von Wichtigkeit.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

20) **Garcia y Hurtado.** Sobre la construcción y aplicacion de aparatos y vendajes ortopedicos.

Rev. de Med. y Cirug. pract. de Madrid. 1908. Nr. 1023.

G. führt darüber Klage, dass in Spanien noch nirgends die Praxis besteht, dass der Arzt die Anfertigung orthopädischer Apparate Korsetts u. s. w. selbst überwacht. Irgendwelche ärztlich geleitete Werkstätten gibt es natürlich noch viel weniger. Die orthopädische Technik ist vollkommen den Bandagisten überlassen, die viel Unheil anstiften. Verf. hat das Ausland bereist und schildert seine Erfahrungen in obiger Beziehung, indem er ganz besonders die neuerdings in Deutschland aufgekommene Methode, dass der Arzt, der selbst orthopädischer Fachmann ist, die Apparate anfertigen lässt und die Verantwortung für dieselben übernimmt, zur Nachahmung empfiehlt. G. selber benutzt fast ausschliesslich den Gips als Material für Apparate, indem er abnehmbare, mit Schnüren versehene Gipshülsen fertigt. Der Gips wird, um haltbarer zu sein, im Verhältnis von 4 : 100 mit Zement gemischt. Ausserdem werden Einlagen von Holzspahn gemacht.

Stein-Wiesbaden.

21) **V. Gomoiu** (Bukarest). Eine neue Operation zur Behandlung der Gesichtslähmung.

Spitalul. 1908. Nr. 15.

In Fällen von unheilbarer Gesichtslähmung, dort wo eine Heilung mit den üblichen Mitteln nicht erzielt werden kann, ist eine neuroplastische oder muskuloplastische Operation angezeigt. Da die nervösen Anastomosen nicht jene günstigen Resultate ergeben haben, die man anfangs von denselben erwartet hatte, schlägt der Verfasser eine neue Muskelplastik vor, für welche ein Bündel des Sternokleido-mastoideus in Verwendung gezogen wird. Hierzu wird ein Einschnitt längs des vorderen Randes dieses Muskels ausgeführt, das betreffende Bündel von der übrigen Muskelmasse abgelöst und in der notwendigen Länge abgeschnitten, dann unter Benutzung derselben Hautwunde, ein Kanal bis zum Mundwinkel präpariert,



in welchen man das erwähnte Muskelbündel einführt und mit einigen, die Mundschleimhaut nicht durchbohrenden Nähten fixiert. Wenn auf diese Weise eine vollständige Beweglichkeit der Gesichtsmuskeln nicht zu erzielen ist, so erreicht man doch eine erhöhte Gesichtsstatik, durch welche die Lähmung viel weniger in Erscheinung tritt. G. hat seine Operation bis nun am Menschen nicht ausgeführt, sondern nur an der Leiche und an Tieren, er empfiehlt aber dieselbe zur Ausführung in einschlägigen Fällen und ist sicher, dass gute Erfolge zu erzielen sind. **E. Toff**-Braila.

22) **Haudek** (Wien). Zur operativen Behandlung des muskulären Schiefhalses.

Zeitschr. f. orthop. Chir. XX. Bd. S. 482.

Verf. bespricht zunächst die von Lorenz besonders empfohlene subkutane Tenotomie des Sternocleidomastoideus an seinem unteren Ansatz. Wenn auch hierbei der funktionelle Erfolg unter entsprechender Nachbehandlung und ebenso das kosmetische Ergebnis durchaus befriedigen, so spricht sich Verf. doch für die von Lange angegebene offene Durchschneidung des Kopfnickers am oberen Ansatz aus, sowohl wegen ihrer leichten Ausführbarkeit als auch wegen des guten Erfolges und der geringen Sichtbarkeit der Narbe. In Bezug auf weitere Behandlung ergab der Schanzsche Watteverband sehr gute Resultate, so dass nur in schwereren Fällen noch eine gymnastische Nachbehandlung notwendig war.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

23) **Dreifuss.** Ein Fall von angeborener Skoliose.

Fortschr. auf d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. XI, Heft 3.

Bei einem sonst gesunden Mädchen ohne rhachitische Verkrümmungen wird eine Schwellung im Nacken mit linkskonvexer Cervico-Dorsalskoliose gefunden, die durch eine plötzliche Abbiegung der Wirbelsäule an der Grenze von Hals- und Brustteil bedingt ist. Die Dornfortsätze schauen nach der Konvexität der Krümmung, es fehlt jede Gegenkrümmung. Im Röntgenbild sieht man die Abbiegung zwischen 1. und 3. Brustwirbel. Vom 2. Brustwirbel ist nur die linke Hälfte vorhanden, die 2. linke Rippe ist scharf nach unten gebogen, die 2. rechte Rippe fehlt. Der 1. Brustwirbel zeigt einen Spalt. Es handelt sich demnach um eine Hemmungsbildung, die in der frühesten Zeit des Foetallebens entstanden ist.

Lindenstein-Heidelberg.



24) **Kirsch** (Magdeburg). Rachitis und Skoliose.

Deutsche med. Wochenschr. Nr. 30. S. 1309.

Verfasser unterscheidet in prognostischer Beziehung Skoliosen, welche hochgradig werden und solche, welche wieder verschwinden. Um nun festzustellen, welche Skoliosen fortschreiten resp. welche rachitischer Natur sind, hat Verf. Untersuchungen in Volksschulen an 1015 Kindern angestellt. Nach der Einteilung in fixierte Skoliosen (solche, bei welchen die Schiefhaltung nicht mehr zum Ausgleich gebracht werden kann) und nicht fixierte (einfache Schiefhaltung) fand K. bei Knaben in den Unterklassen 7,2 Proz. fixierte und 11,8 Proz. nicht fixierte, in den Oberklassen 6,0 Proz. fixierte und 15,4 Proz. nicht fixierte, bei Mädchen in den Unterklassen 7,4 Proz. fixierte und 14,4 Proz. nicht fixierte, in den Oberklassen 12,9 Proz. fixierte und 28,2 Proz. nicht fixierte. Verf. schliesst daraus, dass eine Zunahme der Skoliose nur bei der nicht fixierten festgestellt werden könne, die praktisch nicht von Bedeutung sei, da diese Form sich von selbst bessere. Der Zunahme der fixierten Skoliose in oberen Mädchenklassen legt K. nicht sehr viel Gewicht bei, da es vorzugsweise leichtere Fälle seien. Im grossen und ganzen entwickeln sich aus der grossen Anzahl der Schiefhaltungen, die während der Schulzeit entstehen, nur wenige fixierte Skoliosen. Bei der fixierten Skoliose ist aller Wahrscheinlichkeit nach Rachitis die Grundursache. Es ist daher dringend anzuraten, bereits die ersten Anfänge der rachitischen Verbiegung zu behandeln, zu welchem Zwecke Verf. das Lagerungsbett warm empfiehlt. Ein im Anschluss an den Artikel abgebildeter Fall von Wirbelasymetrie bei leichter Skoliose ist Verf. ein weiterer Beweis dafür, dass sich stärkere Verbiegungen nur bei vorhandener Rachitis oder Osteomalazie und nicht allein infolge statischer Aenderung der Belastung entwickeln.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

25) **Gottstein** (Reichenberg). Zur Redressement- und Verbandtechnik bei schweren Skoliosen.

Zeitschr. für orthopäd. Chirurgie. Bd. XX. S. 315.

G. hat von der Gipsverbandbehandlung schwerer Skoliosen sehr gute Resultate gesehen und beschreibt deshalb das von ihm geübte Verfahren. Nach einer vorhergehenden Redressementbehandlung wird der starre Verband im Wullsteinschen Rahmen angelegt und zwar in Extension und unter Pelottendruck auf den Rippenbuckel. Verf. gibt eine zusammenklappbare Pelotte an, die zunächst mit eingegipst wird und nachträglich leicht aus dem Ver-



bande entfernt werden kann. Zum Verbande benutzt er nicht reinen Gips, sondern eine Mischung von 19 Teilen Gips und ein Teil Portlandzement, wodurch der Verband leichter wird und rascher erhärtet. Drei Fälle, die G. als Beispiele anführt, zeigen einen guten Erfolg der Behandlung, die zum Teil nur 2 Monate, zum Teil aber auch mehr wie die doppelte Zeit in Anspruch nahm. Besonders geeignet sind für diese Therapie unkompensierte Skoliosen. während sehr hochsitzende und stark geschlängelte Skoliosen keine guten Resultate liefern. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

26) **Gatica.** Corsé antiscoliosico de madera.

Rev. de Med. y Cirug. pract. de Madrid. 1908. Nr. 1029.

Beschreibung und Empfehlung eines Korsetts zur Behandlung der Skoliose, welches nach Art unserer Hessingkorsetts mit Hüftbügeln und Achselstützen gebaut ist, bei dem aber die Stahlstäbe, die das Gerüst bilden und die Extension vermitteln, aus Eschenholz gefertigt sind. Hierdurch soll eine besondere Leichtigkeit des Korsetts erreicht werden. **Stein**-Wiesbaden.

27) **Decref.** Nuevo corsé Wullstein para tratamiento de la espondilitis y espondilartritis.

Rev. de Med. y Cirug. pract. de Madrid. Nr. 1030 v. 14. 6. 08.

Schilderung der Technik und der Vorteile des Wullsteinschen Spondylitiskorsetts. **Stein**-Wiesbaden.

28) **Eug. Fränkel.** Ueber chronische ankylosierende Wirbelsäulenversteifung.

Fortschr. auf dem Geb. der Röntgenstr. Bd. XI. Heft 3.

Unter Betonung der Uebereinstimmung der Bechterewschen und Pierre Marie-Strümpellschen Typen der Wirbelversteifung, für die Verf. schon in seiner früheren Publikation eingetreten ist, werden 3 neue Fälle nach dem klinischen Untersuchungsbefund mit Obduktionsergebnis unter ausführlichster Schilderung der Veränderungen an der Wirbelsäule mitgeteilt unter Beifügung der Röntgenbilder. Auf Grund dieser und der früheren Beobachtungen kommt er zu dem Schluss, dass unter dem Bild der Wirbelsäulenversteifung zwei ihrem Wesen nach ganz differente Krankheitsprozesse verborgen sind, die man klinisch und anatomisch auseinander halten muss und kann, die Spondylarthritis ankylopoetica und die Spondylitis deformans. In der Aetiologie der ersten Erkrankung ist dem Trauma eine wesentliche Rolle einzuräumen. Unter 6 Fällen findet sich 4 mal ein schweres Trauma, an das sich die Erkrankung anschloss.



Für die Unterscheidung der beiden Krankheitsprozesse ist ausser dem Alter der Patienten, dem Sitz und der Ausdehnung der Versteifung der röntgenologische Befund von Bedeutung. Die Integrität der Wirbel ist für die erste und die Difformität der Wirbel für die letztere Art der Erkrankung pathognomonisch.

Lindenstein - Heidelberg.

29) **D. N. Manolescu** (Bukarest). Ueber einen Fall von Hydatidenzyste der Sakrolumbalmuskulatur.

Spitalul. 1908. Nr. 14.

Die betreffende 26 jährige Frau war seit etwa einem Jahre krank, während welcher Zeit sich in der Sakrolumbalgegend eine etwa kindskopfgrosse, schmerzlose Geschwulst entwickelt hatte. Die Diagnose wurde auf Hydatidenzyste gestellt und war hierfür, ausser den lokalen Erscheinungen, auch der Blutbefund charakteristisch, indem 25,4 Prozent eosinophile Polynukleare gefunden wurden. Interessant ist, dass einerseits gleich nach der Exstirpation des Tumors die Zahl der Eosinophilen auf 12 Prozent gesunken war, sich aber einige Tage später wieder auf 13,15 Prozent erhob, was nach Chauffard und Boidin auf eine noch vorhandene, wenn auch versteckte Hydatidenzyste hindeuten würde, die aber trotz genauester Untersuchung nicht gefunden werden konnte.

Der Fall ist durch den ziemlich seltenen Sitz der Zyste in der Sakrolumbalmuskulatur bemerkenswert. **E. Toff** - Braila.

30) **Dörrien** (Metz). Ueber Lähmung des N. suprascapularis

Deutsche med. Wochenschr. Nr. 31. S. 1345.

Verf. beobachtete einen Fall isolierter traumatischer Lähmung des N. suprascapularis, welche zu einer Paralyse des M. supra- und infrapinatus geführt hatte, die irreparabel blieb. Es bestand in Folge dessen, trotzdem der Deltoides, der zuerst etwas Inaktivitätsatrophie zeigte, wieder vollkräftig funktionierte, eine erhebliche Schwäche in der Hebung des Armes. Verf. weist darauf hin, dass dem Supra- und Infraspinatus eine wichtige Rolle als Synergisten des Deltoides bei der Hebung des Armes zukommt. Es kann danach sogar bei isolierter Lähmung des Deltoides und Erhaltensein des Supra- und Infraspinatus die Hebung des Armes recht wohl möglich sein. **Ottendorff** - Hamburg - Altona.

31) **Meyer** (Danzig). Relative Eupraxie bei Rechtsgelähmten.

Deutsche med. Wochenschr. Nr. 26. S. 1143.

Verf. beobachtete bei einem Pat. mit Lähmung des rechten



Armes eine auffallend gute Brauchbarkeit des Gliedes für zweckmässige Handlungen, während einfache Bewegungen ohne bestimmtes Ziel, wozu Pat. aufgefordert wurde, viel weniger ausgiebig waren. Nach den begleitenden Erscheinungen war der Sitz der Lähmung in der Gegend der Arteria basilaris, d. h. ziemlich entfernt von der Hirnrinde. Bei einem zweiten Falle, bei dem der Sitz der Läsion die Hirnrinde war, zeigte der gelähmte Arm eine sehr geringe Brauchbarkeit für Zielbewegungen, während die Muskulatur relativ gut erhalten war. Verf. zieht daraus den Schluss, dass ein Herd in der Hirnrinde oder in deren Nähe die Fähigkeit zu handeln zerstört, während eine Schädigung ferner von der Rinde noch eine relativ gute Gebrauchsfähigkeit des gelähmten Gliedes für zweckmässige Handlungen zulässt. **Ottendorff** - Hamburg - Altona.

32) **Haedke.** Volare Luxation der Ulna im distalen Gelenk.

Deutsche Zeitschr. für Chir. 91. Bd. 3—4. H. pag. 427.

Durch starke Pronation bei gleichzeitig wirkendem Gegendruck entstand eine typische volare Luxation der Ulna ohne Knochenverletzung. Die Reposition war leicht, hatte aber keinen Bestand.

Lindenstein - Heidelberg.

33) **Hilgenreiner.** Spaltarm mit Klumphand bei einem Hund.

Fortschr. auf d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. XI, Heft 3.

Eine 9 Wochen alte Spitzhündin zeigte an der linken vorderen Extremität eine ausgedehnte Spaltbildung, welche sich bis zum Ellbogen erstreckt und auch das arterielle System betrifft. Die Nervenversorgung scheint normal, doch lösen sich der N. medianus und radialis bereits am Ellbogen in ihre Aeste auf.

Lindenstein-Heidelberg.

34) **Lecha-Marzo.** Contribucion al estudio de una anomalia reversiva de la mano.

Rev. de Med. y Cirug. pract. de Madrid. 1908. Nr. 1018.

L. hat über eine Anomalie des Handskeletts anatomische und pathologische Untersuchungen angestellt, welche, wie es scheint, bisher noch nirgends genauer beobachtet worden ist. Es handelt sich um die Fähigkeit mancher Individuen, die Finger in den Phalango-Metakarpalgelenken resp. auch in den Interphalangealgelenken im Sinne einer Dorsalflexion beugen zu können. Diese Fähigkeit findet sich in verschiedenen Graden, erreicht aber zuweilen eine ganz ausserordentlich grosse Ausdehnung, so dass die Finger

im rechten Winkel dorsal flektiert werden können. L. hat nun eine sehr grosse Anzahl von Menschen auf die besagte Anomalie hin untersucht. Er untersuchte die Insassen von Irrenhäusern, von Anstalten für Epileptiker, von Gefängnissen, und dann auch Individuen, die weder krank noch auch verurteilt waren. Es fand sich nun, dass die oben benannte Fähigkeit der Dorsalflexion der Finger bei den Epileptikern, Geisteskranken etc. in 10 Proz. aller Untersuchten anzutreffen war, während die ganz normalen Individuen nur 2 Prozent ergaben. Es wird daraus der Schluss gezogen, dass es sich bei dieser Erscheinung um ein zweifelloses Degenerationszeichen handelt. Da aber irgend eine pathologisch-anatomische Grundlage für diese Hyperextension nicht gefunden wurde, wird zur Erklärung die Stammesgeschichte des Menschen in Anspruch genommen. Die Dorsalflexion der Finger findet sich nämlich in ganz ausgesprochener Weise bei den menschenähnlichen Affen. Sie ist also als ein Rückschlag in phylogenetischer Beziehung zu bezeichnen.

Stein-Wiesbaden.

35) **Schoch.** Beitrag zur Kenntnis der typischen Luxationsfraktur des Interkarpalgelenkes.

Deutsche Zeitschr. für Chirurgie 91. Bd. 1—2. H. pag. 63.

In einer ausführlichen Arbeit mit Litteratur - Verzeichnis von 125 Nummern wird an der Hand von fünf eigenen Beobachtungen und den in der Litteratur bekannten 25 Fällen die obengenannte Verletzung, unter welcher „die Fraktur des naviculare mit volarer Luxation des lunatum und des proximalen Navikularfragmentes ververstanden wird, eingehend besprochen. Durch experimentelle Versuche an der Leiche konnte die Verletzung nicht hervorgebracht werden. In der Aetiologie spielen grosse Gewalteinwirkungen eine Rolle.

Die Verletzung betrifft meist Männer im kräftigsten Alter, die aus grosser Höhe auf die dorsalflektierte Hand fallen. Der Mechanismus ist ein sehr komplizierter und wohl kein einheitlicher. Die Diagnose ist mit Sicherheit nur durch das Röntgenbild zu stellen. Die Hauptsymptome sind neben Schwellung und Unmöglichkeit aktiver Bewegung Verdickung, Verbreiterung und Verkürzung des Carpus. Differentialdiagnostisch sind alle sonst an der Hand vorkommenden Verletzungen von der Radiusfraktur bis zur Distorsion in Betracht zu ziehen. Die Prognose ist eine ernste wegen der Gefahr der Ankylose. Die Behandlung erstreckt sich über Monate. Die sofortige Reposition, die darin besteht, dass man bei forzierter

Dorsalflexion an der Hand in der Richtung des Vorderarmes zieht und auf die vorspringenden Knochen einen Druck ausübt, führt nicht immer zum gewünschten Ziel. Oefters müssen operative Massnahmen nachhelfen, entweder die blutige Reposition oder die Entfernung eines oder beider Handwurzelknochen.

Lindenstein-Heidelberg.

36) **Alsberg** (Kassel). Isolierte Fraktur des Erbsenbeines.

Zeitschr. für orthopäd. Chirurgie. Bd. XX. S. 299.

A. beobachtete eine isolierte Fraktur des Erbsenbeines, die durch Zug des Flexor carpi ulnaris entstanden war. Sichergestellt konnte die Verletzung erst durch Röntgenaufnahme werden. Die Behandlung bestand in Ruhigstellung der Hand, und es war das Resultat ein gutes zu nennen. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

37) **Rocher** (Paris). Plaie transversale de la paume de la main; section de sept tendons fléchisseurs; suture. Resultat fonctionnel parfait. (Verletzung der Vola manus mit Durchtrennung von 7 Beugesehnen. Sehnennaht mit völliger Wiederherstellung der Funktion.)

La méd. des accidents du travail. Bd. VI. Nr. 7. S. 193.

Ein Mädchen von 8 Jahren hatte sich durch Fall in die Scherben einer Flasche eine Verletzung der Handfläche nebst Durchtrennung sämtlicher Beugesehnen mit Ausnahme des tiefen Flexor indicis zugezogen. Die Naht der Sehnen wurde am Tage darnach mit feiner Seide ausgeführt. Der Erfolg war ein sehr guter. Zunächst bestand noch geringe Beschränkung der Beweglichkeit, die sich aber nach kurzer Nachbehandlung (Massage und warme Bäder) völlig verlor. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

38) **Schlatter.** Subkutane Sehnenzerreissungen an den Fingern.

Deutsche Zeitschr. für Chir. 91. Bd. 3—4. pag. 314.

9 Fälle von Abreissung der Strecksehne am Nagelglied bedingt durch geringfügige Traumen, bei Stoss gegen die Fingerkuppe in ausgesprochener Streckstellung. Bevorzugt sind der Mittel-, Ring- und Kleinfinger der rechten Hand. Die Symptome sind Beugestellung des Nagelgliedes bei Unmöglichkeit aktiver Streckung. Die Therapie besteht in Fixation ev. Naht.

1 Fall von Abreissung der Strecksehne an der Basis des Mittelgliedes. Seltene Verletzung. 1 Fall von Abreissung des



Extensor pollicis longus in der Gegend der Tabatière. 1 Fall von Abreissung des Flexor digitor. profund., durch Operation glücklich geheilt. **Lindenstein** - Heidelberg.

39) **Hornung** (Graz). Eine neue unblutige Methode zur Behandlung der Syndaktylie beim Neugeborenen.

Zeitschr. für orthopäd. Chir. Bd. XX. S. 292.

Da alle operativen Massnahmen bei der Behandlung der Syndaktylie an dem Uebelstande kranken, dass eine völlige Deckung des gesetzten Defektes bei den kleinen Verhältnissen nicht möglich ist, und dadurch immer die Gefahr eines Wiederverwachsens der Wundränder besteht, so hat Spitzy einen kleinen Apparat angegeben, den H. hier beschreibt. Es sind dies zwei dreiseitige Prismen, die durch zwei Schraubenspindeln bis zur Berührung zweier Längskanten einander genähert werden können. Die Schrauben sind an dem einen Prisma fest angebracht und an ihren Enden scharf zugespitzt. Die eine Schraube wird an der Basis der zu trennenden Finger durchgestossen, die andere kommt an die Fingerspitze zu liegen. Durch ganz allmähliches Anziehen der Schrauben wird die dazwischen liegende Haut verdünnt; eine Nekrose der Haut durch allzu rasch wachsenden Druck ist zu vermeiden. Um eine möglichst tiefe Kommissur zu erhalten, kann man noch von einem Armband aus ein Stückchen Gummischlauch über die Kommissur spannen. **Ottendorff** - Hamburg - Altona.

40) **Ehebald** (Halle). Unsere Erfahrungen mit der angeborenen Hüftgelenksverrenkung.

Zeitschr. für orthopäd. Chirurgie. XX. Bd. S. 498.

Verf. gibt hier die Erfahrungen wieder, die von ihm und Gocht bei im ganzen 152 Fällen (132 weiblich, 32 männlich; 96 einseitig, 56 doppelseitig) gesammelt wurden. Betreffs der Aetiologie neigt sich E. mehr der Theorie der mechanischen Entstehung zu. Die Pfanne erwies sich im allgemeinen als kleiner, Pfannengrund verdickt, Kopf war stets verkleinert. Mehrfach war das Leiden bei Geschwistern oder bei Antezedenten vorhanden. Diagnostisch von Wichtigkeit war die Art des Ganges und das Vorhandensein des Trendelenburgschen Phänomens. Die Palpation und schliesslich die Röntgenaufnahme sichern dann die Diagnose. Hin und wieder wurden auch andere Deformitäten beobachtet. Bei der Behandlung kommt in erster Linie die unblutige Reposition in Frage, die in der Weise vor sich geht, dass der Kopf durch



Pumpenschwengelbewegung mobilisiert wird und dann durch Zug am rechtwinklig gebeugten Bein und Druck auf den Trochanter in die Pfanne eingestellt wird. Bei schwereren Fällen wird zwischendurch ein oder mehrere Male eine manuelle Traktion durch zwei kräftige Leute eingelegt. Bei doppelseitiger Luxation werden beide Hüften zu gleicher Zeit eingerenkt. Gipsverband wird in der Weise angelegt, dass die Stellung etwas stärker flektiert und abduziert gewählt wird als die, in der der Kopf vorher den besten Halt fand. Bei den folgenden Verbänden nähert sich die Position mehr der Normalstellung, Gesamtdauer der Gipsperiode 5—6 Monate. Die Nachbehandlung besteht in Gehübungen und Massage sowie Erhöhung der Sohle auf der gesunden Seite. Passive Massnahmen, die bei älteren Kindern nicht zu entbehren sind, dürfen nur mit grosser Vorsicht angewandt werden. Blutige Reposition wurde in 7 Fällen ausgeführt; mit Ausnahme eines Falles nach Versagen der vorhergehenden unblutigen Behandlung. Verf. betont noch, dass die besten Resultate zu Stande kommen, wenn man die Pfanne nur im Knorpel aushöhlt. Im ganzen waren die Resultate befriedigend. In drei älteren Fällen liess sich noch durch die Hoffasche Pseudarthrosenoperation eine bessere Funktion erzielen. Die einseitigen Luxationen ergaben in 56,1 % ein anatomisch und funktionell einwandfreies Resultat. Berücksichtigt man die Güte der Funktion, so kommt man auf 77 %. Bei den doppelseitigen Verrenkungen wurde ein ganz einwandfreies Resultat in 30,4 % erzielt, nimmt man dazu noch die funktionell gut geheilten, so erhält man 61 %. Das Alter der Patienten schwankte zwischen 10 Monaten und 12 Jahren.

Ottendorff - Hamburg - Altona.

41) **Damany** (Rennes). La luxation congénitale de la hanche. (Ueber die Aetiologie der angeborenen Hüftluxation.)

Revue de chir. 35. Bd. S. 742 u. S. 1063.

D., der sich speziell mit der Frage der Verbreitung der Hüftluxation bei den verschiedenen Völkern und Rassen beschäftigt, bespricht hier in diesem Aufsatze die Aetiologie der angeborenen Hüftgelenksverrenkung. Die Entstehung dieser Deformität durch Raumbeengung in utero lässt er insofern gelten, als diese Verhältnisse nur bei einem mangelhaft gebildeten Becken zur Luxation führen können. Andere Ursachen wie Lues, Tuberkulose oder Alkoholismus der Eltern kommen nach D.'s Beweisführung nicht in Frage. Grössere Wichtigkeit hat die familiäre Disposition. Es finden sich in vielen Familien mehrere Fälle teils in Verbindung



mit andersartigen Entwicklungsstörungen bei anderen Gliedern der Familie oder bei den von der Luxation betroffenen Individuen selbst. Am meisten Wert legt Verf. auf anthropologische Einflüsse. Dass bereits in der Steinzeit die kongenitale Luxation vorkam, hat Ver. an einem aufgefundenen Femur konstatiert. Der grösste Teil der Arbeit ist der Frage der Verbreitung der Luxation innerhalb der einzelnen Rassen gewidmet. Aus sehr umständlichen und mühsamen Zählungen, unter Beihülfe der praktischen Aerzte, hat D. festgestellt, dass die angeborene Hüftverrenkung bei der weissen Rasse und speziell beim weiblichen Geschlecht recht häufig ist. Auf 10000 Männer kommen 15 Luxationen, auf 10000 Frauen 50 Fälle. Doppelseitige Verrenkungen wurden 149 gezählt gegen 191 einseitige. Im ganzen berechnet kam 1 Fall von Luxation auf 304 Einwohner. Will man diese Statistik auf das ganze Land ausdehnen, so müsste man für ganz Frankreich zirka 120000 Luxationen rechnen.

Die Untersuchungen fremder Rassen erstrecken sich auf die französischen Kolonien Indochina, Madagascar, Senegal und Nachbargebiete und Guyana. Verf. weisst zunächst den Einwurf zurück, dass das seltenere Vorkommen der Luxation bei farbigen Rassen etwa darauf beruhen könne, dass diese ihre minderwertige Neugeborenen töten. Nach dem Zeugnis dort lebender Aerzte besteht dieser Usus entweder überhaupt nicht oder findet nur bei Neugeborenen mit äusserlich sichtbaren Deformitäten statt, während die Luxation erst bei dem Kinde, welches schon laufen lernt, in Erscheinung tritt.

Bei der gelben (indochinesischen) Rasse liessen sich vereinzelte Fälle fesstellen, ebenso bei der Rasse der Hovas auf Madagascar, während die Negerrassen dieser Gegend sowie die schwarze Bevölkerung des Sudans und seiner Nachbargebiete und auch die Neger in Guyana fast frei von Luxationen gefunden wurden. Verf. zieht daraus den Schluss, dass die Häufigkeit der angeborenen Hüftverrenkung mit dem Höherstehen der Rasse zunehme, und erklärt dies mit dem Zunehmen der Beckenbreite. Hasenscharte, Klumpfüsse etc. sind dagegen annähernd gleich häufig.

Ottendorff - Hamburg - Altona.

42) **Decref.** La luxacion congènita de la cadera y su tratamiento por el metodo incruento del Dr. Lorenz de Viena.

Rev. de Med. y Cirug. pract. de Madrid Nr. 1031. v. 21. 6. 08.

An der Hand von 12 Fällen, von welchen 7 doppelseitig waren, kommt D. zu folgenden Schlüssen: 1. In Spanien ist die



Kenntnis der angeborenen Luxation noch sehr gering; daher kommen sehr wenige Patienten in dem für die unblutige Einrenkung günstigsten Alter zur Behandlung. 2. Alle Kinder mit angeborener Hüftgelenkluxation haben eine Prädisposition für andere Leiden, insbesondere solche des Verdauungstraktus. Diese Prädisposition schwindet mit der gelungenen Einrenkung. (? Ref.) 3. Es ist durchaus wünschenswert, die Kinder im Gipsverband gehen zu lassen. Man muss sich aber von Zeit zu Zeit durch Röntgenaufnahmen davon überzeugen, dass keine Reluxation eingetreten ist, um vorkommenden Falles sofort eingreifen zu können. 4. Die doppelseitigen Fälle sollen einzeitig operiert werden. 5. Komplikationen während der Dauer der Behandlung treten fast nur bei älteren Patienten ein. Es darf daher nicht generalisiert, sondern jeder Fall muss individuell behandelt werden. 6. Das beste Alter für die Einrenkung ist bei einseitigen Fällen das dritte bis siebente, bei doppelseitigen Fällen das vierte bis achte Lebensjahr. 7. Der Gipsverband soll sehr lange, bis zu einem halben Jahre getragen werden. 8. Wenn die Reduktion misslingt, soll die Transposition versucht werden, die funktionell durchaus gute Resultate gibt. Bei fast allen doppelseitigen Fällen erreicht man auf einer Seite nur Transposition. 9. Die zuweilen vorkommenden, traumatischen Läsionen bei älteren oder schwierigen Fällen sollen keinen Grund bilden, sich prinzipiell mit derartigen Patienten nicht zu befassen. 10. Die Radiographie muss während der ganzen Dauer der Behandlung angewandt werden. **Stein**-Wiesbaden.

43) **Decref.** Un caso de luxación doble congénita curado por el procedimiento incrùento de A. Lorenz de Viena.

Rev. de Med. y Cirug-pract. de Madrid. 1908. Nr. 1019.

Bericht über die Einrenkung einer doppelseitigen angeborenen Hüftgelenkluxation bei einem 5jährigen Mädchen. — Im Anschluss hieran werden die allgemeinen Prinzipien der Operation behandelt und 6 Leitsätze aufgestellt, deren Inhalt in Kürze folgender ist: 1. In Spanien werden auch heute noch viele Fälle von angeborener Hüftgelenkluxation, besonders einseitige, nicht richtig erkannt. 2. Doppelseitige Fälle sollen einzeitig operiert werden. 3. Das Verfahren der Einrenkung kann nicht generalisiert werden; jeder Fall muss individuell behandelt werden. 4. Wenn die Einrenkung nicht mehr ausführbar ist, soll die Transposition nach vorne nach vorausgegangener Myorhexis versucht werden; — sie bietet funktionell grosse Vorteile. 5. Es ist grosse Sorgfalt auf das Verhüten der



Verletzung von Nerven zu verwenden. 6. Die Radiographie ist ein wichtiges diagnostisches Hilfsmittel, nicht aber ein Ersatz aller sonstigen diagnostischen Methoden bei der Erkennung der Krankheit.

Stein-Wiesbaden.

44) **C. I. Urechia** (Bukarest). Ueber einen mit den Bronchien kommunizierenden Fall von Coxo-Tuberkulose.

Spitalul. 1908. Nr. 15.

Es handelte sich um eine 26jähr. Frau, die im Laufe zweier Jahre zuerst an dem einen und dann an dem anderen Hüftgelenke einen grossen kalten Abszess dargeboten hatte. Dieselben brachen spontan durch und es entwickelten sich mehrere Fisteln, von denen zwei bis in die Gesässgegend reichten und etwa 10 cm von einander entfernt waren. Eines Tages, während mit dem Irrigator Waschungen an diesen Fisteln vorgenommen wurden, trat bei der Kranken ein heftiger Erstickungsanfall auf, und sie spuckte eine grosse Menge von Flüssigkeit aus. Da sich diese Erscheinung wiederholte, wurden Einspritzungen mit Methylenblaulösung gemacht, und es trat unter ähnlichen Erscheinungen Blauspucken auf. Es konnte also gar kein Zweifel mehr bestehen, dass eine fistulöse Verbindung zwischen dem Abszesse des Hüftgelenkes und den Bronchien bestand. Die radiographische Untersuchung ergab auch tatsächlich das Bestehen eines Ganges der von der Lungenbasis in die Bronchien führte, doch konnte auf diese Weise die weitere Verbindung desselben mit dem tuberkulösen Abszesse der Hüfte nicht sichtbar gemacht werden.

E. Toff-Braila.

45) **Blanc.** Sindromes pseudocoxalgicos.

Rev. de Med. y Cirug. pract. de Madrid v. 7. 7. 08. Nr. 1033.

Im Anschluss an eine Besprechung der Symptomatologie der einzelnen Stadien der Koxitis, insbesondere der Stellungsanomalien des Beines weist B. darauf hin, dass es sehr wichtig ist, stets darauf zu achten, dass ganz gleiche fixierte Stellungen der unteren Extremität auch bei ganz anderen Erkrankungen zur Beobachtung gelangen, und daher bei oberflächlicher Untersuchung zu folgenschweren Fehldiagnosen führen können. Er gibt die genaue Krankengeschichte von zwei hierher gehörigen Fällen. Im ersten handelte es sich um ein Mädchen, welches das direkte Bild einer Koxitis im sog. zweiten Stadium darbot: Unbeweglichkeit des Hüftgelenks, Bein in starker Abduktion und Innenrotation (?) fixiert, hochgradige Atrophie der Muskulatur, starkes Hinken. Die Kranke wurde, da man aus äusseren Gründen eine hysterische Kontraktur in Betracht



gezogen hatte, in Narkose genau untersucht: dabei ergab sich, dass sie einige tiefe Analfissuren, die zum Teil geschwürigen Zerfall zeigten, hatte. Dieselben wurden nach forzierter Dilatation des Anus erfolgreich behandelt, und alsbald schwanden sämtliche oben mitgeteilten Symptome von Seiten der unteren Extremität. Die Muskulatur wurde durch Massage in kurzer Zeit gekräftigt. Im zweiten Falle, der ebenfalls ein Mädchen betraf, und der ähnliche Symptome bot, wie der erste, wurde bei der Untersuchung des Rektums ein grosser Abzess entleert, der offenbar vom Appendix herrührte, und nach dessen Entleerung gleichfalls Heilung eintrat. Es waren vorher keine anderen Erscheinungen von seiten des Appendix aufgetreten.

Stein-Wiesbaden.

46) **Guradze** (Wiesbaden). Erfolge der Oberschenkelosteotomie.

Zeitschr. für orthopäd. Chirurgie. Bd. XX. S. 339.

G. schildert an einigen Fällen seiner Praxis die Ergebnisse, die sich durch einfache lineäre Osteotomie des Oberschenkels erreichen lassen. In erster Linie ist die Coxa vara auch in ihren höchsten Graden ein dankbares Gebiet, bei dem die Stellungsverbesserung der Beine durch die Osteotomia subtrochanterica leicht erzielt werden kann. Auch Hüftkontrakturen nach Koxitis oder anderweitig bedingte Versteifungen der Hüfte lassen sich mittels subtrochanterer Durchtrennung des Femur ohne weiteres beseitigen. Ebenso hat Verf. sehr hochgradige Fälle von Genu valgum und varum durch suprakondyläre Osteotomie zur Heilung gebracht. G. bevorzugt die einfache lineäre Osteotomie, je nachdem wenn eine Verlängerung erreicht werden soll, in möglichst schräger Richtung. Zur Fixation der osteotomierten Extremitäten benutzt Verf. den von Gocht angegebenen Zuggipsverband.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

47) **Bilhaut** (Paris). Rupture par écrasement du muscle droit antérieur près de son insertion à la rotule. Incision. Suture. Guérison complète. (**Ruptur des Quadriceps an seinem Ansatz an der Patella. Naht. Heilung.**)

Annales de chir. et d' orthop. Bd. XXI. Nr. 6. S. 161.

Der Pat. B's. hat einen Hufschlag auf die Vorderseite des Oberschenkels unmittelbar oberhalb der Patella erhalten. Die Folge war eine Zerreissung des Quadriceps und völliges Unvermögen, das Bein zu strecken. Drei Tage nach dem Unfall wurde operativ eingegriffen und die Naht des durchrissenen Quadriceps vorgenommen.

Nach dreiwöchentlicher Immobilisation im Gipsverbande begann die Nachbehandlung mittels Massage, passiver Bewegungen und Elektrisieren. Der Erfolg war ein sehr guter, das Bein wurde normal gebrauchsfähig. **Ottendorff** - Hamburg - Altona.

48) **Pers** (Kopenhagen). Ueber chirurgische Behandlung der Ischias.

Deutsche med. Wochenschr. Nr. 29. S. 1273.

Nach den Untersuchungen des Verf. finden sich in allen Fällen veralteter Ischias eine Perineuritis und Adhäsionen, die besonders stark am Foramen ischiadicum auftreten. P. hat auf Grund dieser Beobachtungen bei 47 Patienten den Nerv operativ freigelegt und aus seinen Verwachsungen gelöst, in den meisten Fällen (31) von einem Längsschnitt unterhalb des unteren Randes des Glutäus maximus aus, bei den übrigen Fällen von einem Schnitt aus, der durch den Glutäus maximus durch direkt auf das Foramen ischiadicum dringt. Es handelte sich bei allen Erkrankungen um solche von längerer Dauer. Der Erfolg war ein sehr guter, indem auch nach längerer Zeit nur 4,8 Prozent Rezidive beobachtet wurden. Auch in den Fällen, die mit Arthritis deformans kompliziert waren, liess sich erhebliche Besserung erzielen, indem die Nervenschmerzen verschwanden. Als Nachbehandlung empfiehlt P. dringend Massage.

Ottendorff - Hamburg - Altona.

49) **Löhrer.** Beitrag zur Pathologie der Fettgewebswucherungen im Kniegelenk.

Deutsche Zeitschr. für Chir. Bd. 90. H. 4—6. pag. 498.

Seit Hoffas grundlegenden Untersuchungen hat man bei Fettgewebswucherungen im Knie ausser dem Lipoma arborescens und dem isolierten, solitären Lipom noch die entzündliche fibröse Hyperplasie des intraarticulären Fettgewebes zu berücksichtigen. Bei dem in Frage stehenden Fall fanden sich nun merkwürdigerweise die beiden letztgenannten Krankheitsformen kombiniert vor. Die makroskopische und besonders mikroskopische Betrachtung der durch Operation entfernten Gebilde lässt deutlich ihre verschiedene Genese erkennen. Die unter und zu beiden Seiten des lig. patellae entfernten Fettmassen zeigen ausgesprochene entzündliche Erscheinungen, während die von der äusseren Kapselwand ausgehende und frei ins Gelenk ragende 2. Geschwulst lediglich aus unveränderten Fettgewebszellen besteht. Für die Entstehung des ersten Krankheitsprozesses wird nach Hoffa ein Trauma in Anspruch



genommen, deren sich in der Anamnese mehrere eruieren lassen. Das isolierte Lipom wird auf die König'sche Theorie zurückgeführt, nach der es aus dem paraartikulären Fettlager entsteht und durch einen Spalt der Synovialis in das Gelenk hineindrängt. Möglicherweise hat das Lipom durch den chronischen Reiz des Fremdkörpers die fibröse Hyperplasie mitverschuldet. Die Erkrankung ist nicht allzu selten und findet sich hinter mancher Gelenksverstauchung verborgen. **Lindenstein**-Heidelberg.

50) **Dambrin** (Toulouse). Étude sur les luxations des cartilages sémilunaires du genou. (Studie über die Meniscusluxationen im Kniegelenk.)

Revue de chir. 35. Bd. S. 426 und 616.

Die Beobachtung eines Falles von Meniscusluxation, welcher durch operativen Eingriff (Annähen des abgerissenen Knorpels) geheilt wurde, führt Verf. dazu, die Frage der Meniscusluxation und spez. ihre operative Behandlung näher zu besprechen. Pathologisch-anatomisch handelt es sich entweder um eine Abreissung der Insertionen oder eine Durchtrennung des Knorpels selbst, auch einfache Erschlaffung des Bandapparats kann zu einer Dislokation des Knorpels führen. Die Diagnose der frischen Luxation ist für gewöhnlich leicht nnter Berücksichtigung des Entstehungsmodus der Verletzung und der typischen Symptome, bei der Feststellung der rezidivierenden Luxation ist die Angabe eines früheren Traumas sowie der Ort des Schmerzes und eventuell die Palpation des dislozierten Meniskus von Wichtigkeit. Die Therapie der frischen Luxation besteht in Redressement der meist vorhandenen Beugekontraktur des Kniegelenks und Reposition des luxierten Meniskus. Gelingt dies auf unblutigem Wege nicht, so tritt das blutige Verfahren in seine Rechte, welches vor allem bei der rezidivierenden Luxation indiziert ist. In Frage kommt dabei, entweder den luxierten Meniskus wieder anzunähen oder zu exstirpieren. Von 122 operativen Eingriffen, die Verf. aus der Literatur zusammenstellt, waren 87 Exstirpationen und 35 Fixationen. Die Erfolge waren bei beiden Verfahren gut, doch scheint die Exstirpation noch um ein weniges vorteilhafter zu sein. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

51) **Muskat** (Berlin). Ein Beitrag zur Behandlung des Genu valgum.

Deutsche med. Wochenschr. 1908. Nr. 28. S. 1229.

Während Varusbiegungen des Ober- und Unterschenkels sich im Verlauf des Wachstums zurückbilden können, ist dies bei der

Valgusstellung der Kniegelenke nicht zu hoffen. Für eine Behandlung mit Osteotomie oder ähnliche blutige Methoden kann M. sich nicht erwärmen wegen der Gefahr einer Versteifung des Kniegelenks. Verf. empfiehlt daher einen einfachen Lagerungsapparat für die Nacht in Form eines Brettes, bei dem die Knie sich an ein zwischenliegendes Polster anstemmen und der Teil oberhalb der Fussknöchel durch Riemen in korrigierte Stellung herübergezogen wird. Am Tage sollen Plattfusseinlagen getragen werden.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

52) **Quénu** (Paris). Du diastasis de l'articulation tibio-péronnière inférieure. (Ueber Diastase des unteren Gelenks zwischen Tibia und Fibula.)

Revue de chir. 35. Bd,, S. 897 und Bd. 36, S. 62.

Es kommt diese Erscheinung der Diastase des unteren Tibiofibulargelenks bei einer Reihe von Frakturen der Unterschenkelknochen vor, am häufigsten beim Bruch des äusseren Knöchels durch Abduktion des Fusses. Auch experimentell lässt sich diese Diastase erzeugen. Es geht daraus für den Entstehungsmechanismus hervor, dass das Klaffen der Gelenkverbindung am ersten bei einer Abduktionsbewegung des Fusses kombiniert mit einer Innenrotation der Fusssohle zu Stande kommt. Eine Zerreissung des hinteren Bandes zwischen Tibia und Fibula kommt selten vor, zum Zustandekommen der Diastase genügt die Zerreissung des vorderen Bandes oder des Lig. interosseum. Das Eindringen des Talus zwischen die beiden Unterschenkelknochen ist nicht die Ursache, sondern die Folgeerscheinung der Diastase. Entscheidend für die Diagnose wird im allgemeinen die Röntgenaufnahme sein, und es ist dieselbe bei allen Frakturen der Fibula und der untersten Partie der Tibia zur Untersuchung heranzuziehen. Bei stärkerer Diastase, besonders bei länger bestehender, kann die Prognose durch Einschiebung knöcherner Bruchstücke oder Interposition von Weichteilen sehr zweifelhaft werden. In verschleppten Fällen kann die Diastase in Folge von Ossifikationsvorgängen zwischen den beiden Knochen unreponierbar werden. Operative Eingriffe von der einfachen Osteotomie bis zur Resektion des Fussgelenks sind alsdann nicht zu umgehen, während in frischen Fällen die manuelle Korrektur und Fixation im Gipsverband zum Ziele führt.

Ottendorff-Hamburg-Altona.



53) **Wertheim.** Ein Fall von traumatischer Verrenkung des Fusses nach hinten.

Deutsche Zeitschr. für Chir. Bd. 91. H. 1—2. pag. 186.

Die Verletzung entsand durch Fall bei fixiertem Fuss, während der Unterschenkel als Hebel wirkte. Der Fussrücken war verkürzt; trotz Schwellung konnte die untere Kante der vorderen Tiliafläche abgetastet werden; die Achillessehne trat nach vorn konvex gebogen scharf hervor. Reposition durch Plantarflexion mit folgender Dorsalbeugung und Extension ergab nach entsprechender Nachbehandlung ein gutes funktionelles Resultat. **Lindenstein**-Heidelberg.

54) **Baumgartner** und **Huguier** (Paris) Les luxations sous-astragaliennes. (Die Luxatio pedis sub talo.)

Revue de chir. 35. Bd., S. 372 und 586. 36. Bd., S. 114 und 230.

Im Anschluss an zwei Fälle von veralteter Luxatio pedis sub talo, die mit gutem Erfolg mittels Exstirpation des Talus behandelt wurden, besprechen die Verff. diese selten vorkommende Verletzung. Sie definieren den Begriff der Luxation sous-astragalienne als eine Trennung der Gelenkverbindung zwischen Talus einerseits und Kalkaneus und Skaphoid andererseits. Die Einteilung erfolgt nach der Richtung, in welcher der periphere Teil luxiert, in vordere, hintere, laterale und mediale. Um den Mechanismus bei der Entstehung der Verrenkung festzustellen, haben die Verff. an Leichen eine Reihe von Versuchen gemacht. Nur die Luxation nach aussen und nach innen liess sich experimentell erzeugen und auch nur nach Durchtrennung einzelner Bänder. Für die Luxation nach innen geht daraus hervor, dass diese nur in Adduktionsstellung des Fusses erfolgen kann, während bei der Luxation nach aussen die Abduktion Vorbedingung ist. Nach hinten und nach vorn liess sich der Fuss nicht experimentell luxieren, doch steht nach klinischen Beobachtungen fest, dass die Luxation nach hinten nur bei Spitzfussstellung stattfindet und die Luxation nach vorn bei Hackenfussstellung. Sind die Verrenkungen von vornherein irreponibel, so liegt dies an der Interposition von Weichteilen. Weitaus am häufigsten ist die Luxation nach innen, während die Luxationen nach vorn und nach hinten recht selten sind. Bei einer frischen Luxation soll man möglichst sofort versuchen zu reponieren. Gelingt dies nicht, was verhältnismässig häufig der Fall ist, so bleibt nur ein blutiger Eingriff übrig, ebenso wie bei veralteten Luxationen. Komplizierte Luxationen sind nach den allgemein gültigen Grundsätzen zu behandeln. Als operativer Eingriff kommt fast nur die



Entfernung des Talus in Frage, die dem Fusse eine gute Form und Tragfähigkeit sowie auch genügende Beweglichkeit gibt. Ein Verzeichnis der bisher veröffentlichten 85 Fälle beschliesst die ausgedehnte Arbeit. **Ottendorff** - Hamburg - Altona.

55) **Berger** (Paris). Épithéliome du talon développé autour d' un séquestre résultant d' une ostéomyélite ancienne du calcanéum. Opération de Wladimiroff-Mikulicz. (Carcinom der Ferse auf Grund eines alten osteomyelitischen Sequesters. Operation nach Wladimiroff-Mikulicz.)

Revue de chir. Bd. 37. Nr. 6. S. 735.

Von Interesse ist das angewandte Operationsverfahren nach Wladimiroff-Mikulicz, das Verf. dringend empfiehlt. Die erzielte Gehfähigkeit war mit entsprechender Prothese eine recht gute. Verf. geht dabei auf zwei weitere Fälle ein, die er nach dieser Methode operiert hat. Bei dem einen musste wegen Fortschreitens des tuberkulösen Prozesses bald danach die Amputation des Unterschenkels gemacht werden, bei dem anderen war der Erfolg quoad functionem ein sehr guter. **Ottendorff** - Hamburg - Altona.

56) **Budde.** Zur Frage der ausgedehnten Resektionen am Tarsus und Metatarsus.

Deutsche Zeitschr. für Chir. 90. Bd. 4—6 H. pag. 571.

Gelegentlich eines mit gutem funktionellem Erfolg operierten Falles von Periostitis hyperplastica durch Resektion des Metatarsus II, III, IV, und cuneiforme III stellt Verf. die in der Litteratur nie dargelegten Ansichten über ausgedehnte Resektionen am Tarsus und Metatarsus und die damit erzielten Erfolge zusammen. Die Resultate der bis zur äuserst zulässigen Grenze gehenden konservativen Behandlung sind im ganzen keine schlechten; 65% „erfolgreiche“ Fälle.

Man muss nur berücksichtigen, ob sich bei radikaler Entfernung alles kranken Gewebes (Tuberkulose) noch ein gebrauchsfähiger Fuss erhalten lässt. Wichtig dafür ist die Erhaltung von wenigstens 2 Stützpunkten für den Rest des Fusses. Bei der Operation, die meist ein langes Krankenlager bedingt, ist mehr Rücksicht auf Alter und Konstitution des Patienten zu legen, als auf die Anzahl der zu entfernenden Knochen.

Lindenstein - Heidelberg.

Kongressberichte, Vereinsnachrichten etc.

57) II. Spanischer Chirurgen-Kongress 1908.

Decref. Nuevo metodo de tratamiento de las fracturas del radio.

Rev. de Med. y Cirug. pract. de Madrid. Nr. 1030 v. 14. VI. 08.

Beschreibung einer Schiene zur Behandlung der typischen Radiusfraktur am unteren Ende, welche so eingerichtet ist, dass in ihr resp. unter ihr feuchte Verbände auf die Bruchstelle appliziert und dauernd gewechselt werden können. Hierdurch soll einerseits die Bildung des Kallus befördert, andererseits die Resorption des Exsudats beschleunigt werden. Nach 20—30 Tagen sind die Verletzten wieder voll arbeitsfähig. **Stein**-Wiesbaden.

Blanc. Tratamiento del pié varo congénito.

Rev. de Med. y Cirug. pract de Madrid. Nr. 1040 v. 28. VIII. 08.

Leichte Grade des Klumpfusses der Neugeborenen sind nur mit Massage zu behandeln. Stärkere Grade sollen nach Lorenz redressiert und im Pflasterverband nach Oettingen fixiert werden. Bei den Klumpfüssen der Kinder von 3—10 Jahren kommt neben der unblutigen auch die blutige Operation in Betracht, je nach dem Grade der vorhandenen Deformität und ihrer Korrigierbarkeit. Der blutigen Operation am Fuss soll stets die Tenotomie der Achillessehne vorangehen. **Stein**-Wiesbaden.

Blanc. Un caso de anastomosis tendinosa.

Rev. de Med. y Cirug. pract. de Madrid. Nr. 1040 v. 28. VIII. 08.

Mitteilung eines durch Sehnenplastik geheilten Falles von sehr hochgradigem Pes equinus. Die Operation bestand in der Verlängerung der Achillessehne und der Verpflanzung eines Teiles des Tibialis posticus auf die Extensoren nach Durchführung desselben durch das Ligamentum interosseum. **Stein**-Wiesbaden.

Angel. Tratamiento de una forma especial de anquilosis viciosa de la cadera.

Rev. de Med. y Cirug. pract. de Madrid. Nr. 1030 v. 14. VI. 08.

Mitteilung über eine neue Operation bei Ankylose des Hüftgelenks mit extrem nach innen rotiertem Oberschenkel. 19 jähriger Patient, der vor zwei Jahren eine Hüftgelenkentzündung, wahrscheinlich gonorrhoischer Natur durchgemacht hatte. Schmerzen waren nicht mehr vorhanden. Das rechte Hüftgelenk war voll-



kommen ankylotisch, das Bein stand in starker Adduktion und sehr starker Innenrotation. Die Operation bestand in der subtrochanteren Osteotomie des Femur nach vorausgegangener Tenotomie am oberen Ende des Tensor Fasciae latae und des Sartorius. Der Erfolg war ein ausgezeichneter. **Stein**-Wiesbaden.

Olliete. Fijación escápulohumeral del húmero sin artrodesis.

Rev. de Med. y Cirug. pract. de Madrid. Nr. 1036 v, 28. VII. 08.

O. gibt ein sehr interessantes Verfahren an, welches den Zweck hat, bei Lähmung des Deltoides den Humerus gegen das Schulterblatt zu fixieren, ohne eine Arthrodese vornehmen zu müssen. Es kann dann mit Hilfe der noch intakten Muskeln eine Pendel-Bewegung des Armes im Schultergelenk stattfinden. Das Verfahren ist folgendes: 1. Freilegung des langen Kopfes der Bizepssehne im Sulcus intertubercularis und Durchschneidung derselben möglichst nahe ihrem Ansatzpunkte an der Skapula. 2. Durchbohrung des Humeruskopfes von aussen unten nach innen oben. 3. Herstellung einer Periostknochenbrücke zwischen Cavitas glenoidalis und Proc. coracoideus. 4. Verlängerung der durchschnittenen Bizepssehne mit Hilfe einer Seidensehne nach Lange; Einführung dieser Seidensehne in den im Caput humeri gebohrten Kanal, Durchführung durch denselben und Umschlingung der in der Cav. glenoid. gebildeten Knochenbrücke; darauf Zurückführung der Sehne durch den Kanal im Humeruskopf in umgekehrter Richtung wie das erste Mal und Vereinigung des Endes der Seidensehne mit deren Anfang in der Muskulatur des Bizeps. 5. Freilegung der Insertionen der Akromioklavikularportion des Musc. Trapezius; Verlängerung derselben mit Seidenfäden nach Lange und Befestigung dieses verlängerten Trapezius an der Ansatzstelle des Deltoides.

Stein-Wiesbaden.

Olliete. La epifisiolisis en el tratamiento del genu valgum de los adolescentes.

Rev. de Med. y Cirug. pract. de Madrid. Nr. 1036 v. 28. VII. 08.

O. schildert die Vorzüge der Epiphysenlösung gegenüber der Osteotomie bei der Behandlung des Genu valgum adolescentium. Als hauptsächliche Vorteile werden hervorgehoben die Schnelligkeit, mit der die ganze Operation beendet ist, die sichere Verhütung einer Infektion mit allen ihren verhängnisvollen Folgen, und die sichere Korrektur der Difformität, ohne befürchten zu müssen, dass, wie dies bei der Osteotomie vorkommt, durch Misserfolg eine andere noch grössere Difformität entsteht. **Stein**-Wiesbaden.



Dieulafoy (Paris): **Escarres multiplas et récidivantes depuis deux ans et demi aux deux bras et au pied. Amputation du bras gauche.**

Discussion sur la nature de ces escarras. Pathomimie.
Académie de méd., séance du 9 Juin 1908.

Der Fall ist sowohl in diagnostischer Beziehung interessant, als auch um zu zeigen, wie weit die Simulation mancher Patienten gehen kann. Der betreffende 30jährige Bureaubeamte litt seit $2^1/_2$ Jahren an einer merkwürdigen gangänösen Erkrankung der Haut. Es traten zuerst am linken, dann am rechten Arm und in letzter Zeit auch an den unteren Extremitäten grössere oder kleinere, zirkumskripte Herde auf, in deren Bereich die Haut schwarz wurde, dann eliminierte sich das betreffende Stück und blieb eine rein granulierende Wunde zurück. An den betreffenden Stellen blieben, nach der Heilung entstellende, mitunter auch keloide Narben zurück. Als das Leiden trotz mannigfaltigster Behandlungsmethoden keine Besserung zeigte, wurde dem Patienten die Elongation des Nerven am linken Arme vorgeschlagen, was derselbe auch geschehen liess. Es traten hierauf unerträgliche Schmerzen, die monatelang anhielten, auf, doch zeigte das Hautleiden eher eine Verschlimmerung, indem immer wieder neue gangränöse Inseln auf der Haut des Armes auftraten. Ein Chirurg schlug dem Patienten vor, ihm den linken Arm zu amputieren, was derselbe auch annahm. Die Operation wurde ausgeführt, der Stumpf heilte anstandslos, doch kurze Zeit hierauf traten dieselben gangränösen Veränderungen auch am rechten Arme auf, und es ist nicht ausgeschlossen, dass Patient sich nicht auch diesen hätte amputieren lassen, falls er nicht in die Behandlung des Verfassers getreten wäre. Dieser stellte nun die Diagnose, dass es sich um einen Simulanten handle, und dass sich derselbe seine Wunde mit kaustischem Kali zufüge. Selbstverständlich leugnete Pat. dies auf das entschiedenste, und es musste viel Beredsamkeit und auch List angewendet werden, um ihn zum Geständnis zu bringen. Es zeigte sich, dass er seine Simulation keineswegs zu irgend welchem Zwecke vollführe oder dass ihm dieselbe irgend welchen Nutzen gebracht hätte. Auch war der Mann sonst geistig normal, doch machte es ihm ein ganz besonderes Vergnügen, seine Umgebung und die Aerzte (es hatten ihn deren mehr als 15 und keineswegs von den geringen in Behandlung gehabt) irre zu führen. Es bestand dies als förmliche Zwangidee, der er sich nicht entziehen konnte. Von dem Tage an, wo er seine Simulation eingestanden hatte, fühlte er sich wie neugeboren und seine Obsession, die ihn früher Tag und Nacht verfolgte, war wie weggewischt.

Der Verfasser schlägt vor, diesen merkwürdigen Geisteszustand als Pathomimie zu bezeichnen, und zwar gibt es Pathomimen, welche Krankheiten zu irgend einem Betrugszwecke vorspiegeln und solche, wie der vorliegende Fall, die es ohne praktischen Zweck, gleichsam nur zu ihrem Vergnügen tun. Aehnliche Fälle sind in der Literatur vorhanden, doch dürfte der Fall, dass sich jemand ohne Grund, d. h. nur um seine Simulation weiter führen zu können, den Arm amputieren lässt, wohl einzig in seiner Art dastehen.

E. Toff-Braila.

58) **Freeman.** American surgical association.
Kongress in Washington 5. bis 9. Mai 1907.
Arch. génér. de chir. 1908, 5, p. 503.

F. hat einen Fall von ischämischer Lähmung der Unterarmmuskulatur (Volkmann) operiert, nachdem Massage und Elektrizität nicht den genügenden Nutzen gebracht hatte. Da die Armnerven durch die vernarbenden Muskeln kompimiert werden, muss man sie an der Stelle der Kompression lösen und in das subcutane Fettgewebe einbetten. Guter Erfolg. Mayo und Curtis halten dieses Vorgehen von Freeman für zweckmässiger als die Verkürzung der Knochen.

Ewald-Hamburg.

59) **Brückner.** Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Dresden.
4. April 1908.
Münch. med. Wochenschr. 1908. 35, p. 1851.

Demonstration eines 5 Monate alten Knaben mit partiellem Riesenwuchs der rechten Hand. Das Röntgenbild zeigt keine nennenswerte Vergrösserung des Knochengerüstes. Die starke, lediglich die Mittelhand betreffende Grössenzunahme ist vielmehr — wie in anderen Fällen — wohl ausschliesslich durch die lipomatöse Umbildung des Unterhautfettgewebes bedingt. Ewald-Hamburg.

60) **Destot.** Société de chirurgie de Lyon. 21. Febr. 1907.
Revue de chir. 1907, 4.

Dislocation du carpe.

Ein 21jähriger Mann fiel auf die rechte Hand und zog sich neben Abriss des proc. styl. radii und Fraktur des Navikulare eine Luxation des os lunatum nach der Vola hin zu. Die Reposition, die erst nach 18 Tagen vorgenommen wurde, und einmal wieder reluxierte, führte zu einem ausgezeichneten Resultat. Die Schmerzen, die durch Druck des os lunatum auf den nerv. medianus und ulnaris hervorgerufen wurden, verschwanden sofort. — Man soll nur die



irreponiblen Fälle operieren und muss sich dann häufig gleich zur resectio carpi entschliessen.

Vallas hat einen Fall der ungewöhnlichen Luxation des os lunatum nach der Dorsalseite gesehen, die gar keine Beschwerden machte. **Ewald**-Hamburg.

61) **Gangolphe.** Société de Chirurgie de Lyon. 7. Mai 1908.
Revue de chirurgie. 1908. Nr. 6, p. 859.

Resection du poignet pour tuberculose grave.

G. demonstriert einen jungen Schmied, bei dem er wegen einer Knochen-Gelenktuberkulose das Handgelenk resezieren musste. Die Funktion der Hand wurde deswegen so ausgezeichnet, weil er Weichteile in das Gelenk lagerte. **Ewald**-Hamburg.

62) **Härting.** Medizinische Gesellschaft zu Leipzig. 19. V. 1908.
Münch. med. Wochenschr. 1908. Nr. 26, p. 1410.

Ein 16jähriger Mann hatte sich am rechten Zeigefinger an der Beugeseite die gesamten Weichteile ausser Sehne — Sehnenscheide vom Grundglied bis Fingerspitze weggeschlitzt. H. bildete einen Weichteillappen aus dem Oberschenkel des Kranken, nähte denselben auf die Beugeseite des Zeigefingers an und gipste den Finger auf 14 Tage an den Oberschenkel an. Danach Durchtrennung der Lappenbrücke am Oberschenkel. Der Mann kann den Finger wieder ganz gut gebrauchen.
Ewald-Hamburg.

63) **Härting.** Medizinische Gesellschaft zu Leipzig. 2. Juni 1908.
Münch. med. Wochenschr. 1908. Nr. 30, p. 1617.

H. berichtet über die Resultate der Behandlung von 21 angeborenen Hüftgelenksverrenkungen, wobei er namentlich auf die gute Ausbildung von Kopf, Hals, Schaft, sowie der Pfanne nach der Reposition aufmerksam macht (Röntgenbilder).

Die Fälle von einseitiger Luxation (13) gaben anatomisch vollkommen normale Resultate. Von den doppelseitigen sind, soweit abgeschlossen, 2 vollkommen geheilt, in einem Fall gab es eine Transposition auf der einen Seite.

Bei einem 12jährigen Mädchen gelang die Reposition der einseitigen Luxation, doch starb das Mädchen am Chloroformtod (5–8 gr Chloroform). Bei einem anderen 11jährigen Mädchen führte ein einstündiger Repositionsversuch nicht zum Ziele, trotz Anwendung der Lorenzschen Schraube. **Ewald**-Hamburg.



64) **Perthes.** Medizinische Gesellschaft zu Leipzig. 16. Juni 1908.
Münch. med. Wochenschr. 1908. Nr. 33, p. 1763.

In den Jahren 1903 bis 1908 wurden in der chirurgischen Universitätspoliklinik 36 Fälle von angeborener Hüftluxation unblutig reponiert, wobei P. in der letzten Zeit mit Vorteil die Badeschen Vorschriften befolgte. Resultate: 17 anatomische Heilungen, bei 4 weiteren guter funktioneller Erfolg; 15 Misserfolge (Reluxation, vorzeitige Unterbrechung der Behandlung). An Röntgenbildern wird die Umformung der flachen Pfanne zur normalen gezeigt.

Ewald-Hamburg.

65) **Backhaus.** Verein der Aerzte Düsseldorfs. 9. März 1908.
Deutsche med. Woch. 1908. Nr. 30, p. 1331.

B. stellt einen 6jährigen Knaben vor, bei dem er ca. 2 Jahre eine Hüftgelenkstuberkulose konservativ behandelt hatte. Da diese Behandlung aber erfolglos geblieben war, machte er eine Resektion des Hüftgelenks, wonach jedoch auch die Tuberkulose rezidivierte. Daher entschloss sich B. zu einer Resektion der ganzen Beckenhälfte (3/4 des Darmbeines, das Schambein bis zur Symphyse, Sitzbein mit Erhaltung des Tuber). Es wurde möglichst subperiostal reseziert. Der Trochanter wurde in einer Vertiefung des stehen gebliebenen Darmbeinrestes festgestellt. Der Erfolg war vorzüglich: Gang ohne Apparat und Stock, der Knabe spielt Fussball. Verkürzung 7 cm. Wie das Röntgenbild zeigt, hat sich aus dem stehengebliebenen Periost ein fast neuer Beckenteil gebildet. Man sieht die beiden Schambeinäste und auch Knochenschatten in der Gegend der ehemaligen Gelenkpfanne.

Ewald-Hamburg.

66) **Vignard.** Société de chirurgie de Lyon. Januar 1908.
Arch. génér. de chir. 1908, 5, p. 492.

Es handelte sich um eine schon 7 Jahr bestehende, unbehandelte doppelseitige Coxitis mit doppelter Spontanluxation, starker Flexion und Adduktion und völliger Versteifung. Tenotomie der Adduktoren und des Tensor fasciae latae mit nachfolgendem Gipsverband während 6 Monate brachten keinen Nutzen. V. machte auf beiden Seiten nacheinander eine subtrochantere Osteotomie (nach Lorenz). Jetzt ist die Stellung der Oberschenkel eine gute und — da keine völlige Ankylose vorliegt — kann das Kind laufen.

Gangolphe hält die subtrochantere Osteotomie bei der Coxitis für berechtigt, auch wenn keine Ankylose vorliegt.

Ewald-Hamburg.



67) **Kiewe.** Verein für wissenschaftliche Heilkunde in Königsberg in Pr. 25. V. 1908.

Deutsche med. Wochenschr. 1908. Nr. 26, p. 1165.

K. berichtet im Anschluss an eine Demonstration Stiedas über eine Coxa valga nach Poliomyelitis. Auf dem Röntgenbilde sieht man die Vergrösserung des Schenkelhalswinkels (links 170°, rechts 165). Das rechte Bein ist infolge der zwei Jahre zurückliegenden Erkrankung völlig gelähmt mit Ausnahme der Innenrotatoren der Hüfte und der Dorsalflexoren des Fusses. Links ist die Lähmung nicht so ausgedehnt, der Quadrizeps ist nur paretisch, die Aussenrotatoren sind erhalten. K. stellt sich die Entstehung der Deformität so vor, dass der Zug des gelähmten Beines gewissermassen extendierend auf den Schenkelhals wirkt. Praktisch wichtig ist, dass die steile Aufrichtung der Schenkelhälse der Herausbildung einer Luxation Vorschub leistet, wie das auch auf dem Röntgenbilde zu sehen ist. **Ewald**-Hamburg.

68) **Noesske.** Medizinische Gesellschaft in Kiel. 19. VI. 1908.

Münch. med. Wochenschr. 1908. Nr. 32, p. 1718.

Bei einem 13jähr. Jungen trat eine subakute symmetrische Gonitis mit reichlichem serofibrinösem Exsudat auf. Später entwickelte sich eine rasch zunehmende Keratitis parenchymatosa beiderseits, wodurch die Diagnose kongenitale Syphilis sichergestellt wurde. Ausserdem Verdickung der Femurkondylen und Hutchinsonsche Zähne. Die Serodiagnose war positiv.

Ewald-Hamburg.

69) **Walther.** Société de chirurgie de Paris.

Arch. génér. de chir. 1908, 5, p. 487.

W. hat bei einem traumatischen Haemarthros am Tage des Unfalls das Blut aus dem Kniegelenk durch Punktion entfernt und am nächsten Tage mit Uebungen begonnen. Die Flüssigkeit stellte sich nicht wieder her, das Resultat war glänzend, trotzdem atrophierte der Quadriceps.

In der Diskussion bemerkt Rochard, dass man die Muskelatrophie am besten messen könnte, wenn man das Gewicht bestimmt, das der Quadriceps heben kann. Uebrigens ist es sehr wichtig, dass die Bewegungen exakt gemacht werden und man den Widerstand ganz allmählich steigert. **Ewald**-Hamburg.



70) **Nicolas** und **Durand.** Société de chir. de Lyon. 28. Febr. 1907.
Revue de chir. 1907, 4.

Arthritis blennorrhagique, Lésions osseuses.

Im Anschluss an eine Gonorrhoe entstand eine purulente Arthritis genu, einmal einseitig, einmal doppelseitig. Daran anschliessend eine starke Schwellung des Oberschenkels, die aber nach dem Röntgenbild nur die Weichteile zu betreffen schien, einmal jedoch das Bild eines sarkomartigen Knochentumors bot.

In der Diskussion betonen Alle (Villard, Aubert, Bérard) das fast ständige Vorkommen von Eiter im Gelenk (ohne dass sich Gonococcen nachweisen liessen). Nach der Punktion trete die Heilung überraschend schnell ein. **Ewald**-Hamburg.

71) **Douglas Drew.** Royal Society of Medicine. London 1907.
Arch. génér. de Chir. 1908, 6, p. 618.

D. stellt ein 13jähriges Mädchen vor, das er wegen einer habituellen Patellarluxation operiert hat. Nachdem eine Beseitigung des hochgradigen genu valgum durch Osteotomie das Leiden nicht gehoben hatte, verpflanzte er die Tuberositas tibiae zusammen mit dem Lig. patellae auf eine angefrischte Knochenfläche des inneren Tibiacondylus. Heilung. **Ewald**-Hamburg.

72) **Delore.** Société de chirurgie de Lyon. Januar 1908.
Arch. génér. de chir. 1908, 5, p. 494.

D. zeigt eine leicht und zweckmässig gearbeitete Prothese für den Unterschenkel. Das Körpergewicht ruht auf den Kondylen und der Tuberositas der Tibia. Der Stützpunkt des Tuber ischii fällt weg; dadurch wird der Gang graziöser und weniger ermüdend. Durch Interposition eines Kautschukblocks an der Stelle des Fussgelenks werden auch seitliche Bewegungen ermöglicht, so dass der Patient auch auf unebenem Boden laufen kann. Der Unterschenkelstumpf muss jedoch mindestens 15 cm lang sein. Der Patient ist mit der Prothese sehr zufrieden, kann lange laufen, u. a. auch radfahren.
Ewald-Hamburg.

73) **Vignard.** Société de chirurgie de Lyon. 9. IV. 1908.
Revue de chirurgie. 1908. Nr. 6, p. 857.

Plombage de l'articulation tibio-tarsienne après astragalectomie.

Bei einem 14jährigen Knaben, der schon seit 20 Monaten an einer Sprunggelenkstuberkulose litt, exstirpierte V. den Talus und



plombierte die gereinigte und getrocknete Wundhöhle mit Jodoform-Walrat. Heilung in 9 Wochen, die Plombe hat noch die Grösse einer Nuss (Röntgenbild). — Man kann also die Plombierung mit Erfolg bei Gelenkresektionen anwenden; so behandelt V. jetzt 8 resezierte Hüften auf diese Weise.

In der Diskussion teilt Bérard mit, dass er vor 5 Jahren mit der Methode nach einer Talusexstirpation einen Misserfolg gehabt habe. In Fällen, wo sich die tuberkulöse Infiltration weit in die Weichteile fortsetzt, ist Plombierung nicht zweckmässig. Vignard fügt hinzu, dass nicht fistelnde Tuberkulosen sich alle zur vorgeschlagenen Methode eignen. **Ewald** - Hamburg.

74) **Bayer** (Prag). Wissenschaftliche Gesellschaft deutscher Aerzte in Böhmen. 3. Juni 1908.

Münch. med. Wochenschr. 1908. Nr. 26, p. 1413.

B. stellt einen Patienten mit Fungus pedis vor, an dem eine neue Modifikation der Chopartschen Operation ausgeführt wurde: der laterale Fussrand und Metatarsus V wird erhalten und an den Fusswurzelstumpf gelegt. Vorteile: es bilden sich keine Exostosen, die Plantarflexion wird vermieden. **Ewald** - Hamburg.

75) **Zoeppritz.** Medizinische Gesellschaft in Kiel. 19 VI. 1908.

Münch. med. Wochenschr. 1908, 1718.

Fall von Arthropathia tabica pedis.

Vor einem halben Jahre zog sich Pat. angeblich durch Stiefeldruck eine kleine Wunde am Unterschenkel zu, aus dieser bildete sich ein Geschwür, welches erst nach mehreren Monaten heilte. Eine Schwellung in der Knöchelgegend blieb bestehen und wurde plötzlich sehr stark. Temp. 39,2. Fluktuation in der Umgebung der Narbe. Inzision ergibt keinen Eiter. Nach 14 Tagen ist die Schwellung des Unterschenkels fast ganz geschwunden, das Fussgelenk schlottert. Röntgenbild ergibt völlige Zertrümmerung des Talus, dessen Hals fehlt, das Naviculare erscheint breitgedrückt, die Zeichnung des Kalkaneus ist verschwommen. Die Nervenuntersuchung ergab Tabes dorsalis. Tabische Arthropathien der Fusswurzel sind selten (0,08 %). Behandlung: Ruhigstellung.

Ewald - Hamburg.

76) **Sievers.** Medizinische Gesellschaft zu Leipzig. 30. Juni 1908.

Münch. med. Wochenschr. 1908. 35, p. 1856.

S. berichtet über einen Fall von isolierter Talusluxation.



Die 27jährige Patientin rutschte beim Gardinenabnehmen von der Leiter ab, schlug mit der rechten Fussspitze auf die Fensterbank auf und fiel dann rücklings zu Boden. Extreme Supinationsstellung, so dass der innere Fussrand direkt nach oben sieht. Reposition in Narkose misslingt. Nach dem Röntgenbild liegt ein Abbruch des proc. post tali vor, dann aber eine isolierte Talusluxation, kombiniert mit Drehung des Talus um die sagittale Achse um 45°. Die Operation (Exstirpation des Talus) bestätigt die Diagnose. Gute Heilung, soweit bis jetzt (nach 7 Wochen) zu beurteilen, auch gutes funktionelles Resultat. **Ewald**-Hamburg.

77) **Vignard.** Société de chir. de Lyon. 7. März 1907.

Revue de chir. 1907, 4.

Pied bot paralytique.

Zur Beseitigung des Klumpfusses hat V. die Achillessehne durchschnitten, sie mit Seide verlängert, um den äusseren Knöchel herumgeführt und vorn am Fussrücken befestigt. Er meint, dass diese Methode vor der Transplantation den Vorzug hat. (Hackenfuss? Ref.)

Nové-Josserand erinnert daran, dass es vorn auch einen ext. digg. com. und tibialis ant. gebe, die auch in der Lage seien, den Fuss dorsal zu flektieren, und deren völlige Lähmung nicht von V. bewiesen worden sei.

Gayet hat in einem ähnlichen Fall die Achillessehne schief durchschnitten, und vorn den tibialis anticus auf den ext. digg. com. transplantiert. Dadurch wird auf jeden Fall ein besseres Gleichgewicht erzielt. **Ewald**-Hamburg.

78) **Chaput.** Société de chirurgie de Paris.

Archives générales de Chir. 1908. Nr. 5, p. 483.

Ch. stellt einen doppelten paralytischen Klumpfuss vor, bei dem die Deformierung so stark war, dass der Patient auf dem Fussrücken ging. Durch ausgedehnte Tarsektomie, Malleolenresektion und Verödung der unteren Tibiagelenkfläche wurde bezüglich der Form der Füsse und des Ganges ein befriedigendes Resultat erreicht. Die Beweglichkeit der Füsse war allerdings nur gering.

Ewald-Hamburg.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. Dr. **O. Vulpius** in Heidelberg, Luisenstr. 1—3, oder an die Verlagsbuchhandlung **S. Karger** in Berlin NW 6, Karlstr. 15, einsenden.



Zentralblatt
für
Chirurgische und mechanische Orthopädie
einschliesslich der gesamten Heilgymnastik und Massage.

Redigiert von
Prof. Dr. O. Vulpius
in Heidelberg.

Verlag von
S. Karger in Berlin
NW., Karlstrasse 15.

Monatlich erscheint ein Heft im Umfang von 48 Seiten. Preis des Jahrgangs Mk. 15,—. Zu beziehen durch die Post und durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes.

Bd. III. **Februar 1909.** **Heft 2.**

Ueber partielle Transplantation der Achillessehne.

Von

A. F. HORNBORG.

Helsingfors.

Ohne auf die Indikationen zu einer partiellen Ueberpflanzung der Achillessehne einzugehen, möchte ich auf Grund eigener Beobachtungen auf ein, soviel mir bekannt ist, bisher nicht mitgeteiltes Verfahren einer derartigen Transplantation aufmerksam machen. Nach der landläufigen Methode wird ein Teil der Achillessehne von unten an bis in die Muskulatur hinauf abgespalten, um ein neues Muskelindividuum zu schaffen. Bei dieser Teilung der Muskelmasse handelt es sich nicht darum, möglichst Muskelfasern mit gemeinsamer Innervation abzutrennen, sondern man überlässt es dem Zufall, wieviel von dem Gastrocnemius und Soleus auf den isolierten Sehnenteil entfällt. Dass ein auf diese Weise gebildeter Muskelkörper keine selbständige neue Funktion übernehmen will, kann ja nicht überraschen. — Vor 1½ Jahren hatte ich Gelegenheit bei einem 20 jährigen Estländer mit einem paralytischen Pes valgus zu beobachten, dass der M. soleus und beide M. gastrocnemii je mit einer isolierten Sehne am Calcaneus anhafteten. Die mediale Gastrocnemius-Sehne wurde für eine Transplantation an den Tibialis post. benutzt. Später habe ich bei einem Kinde ein fast analoges



Verhalten gefunden. Die beiden Gastrocnemii und der Soleus verschmolzen erst ein paar Zentimeter oberhalb des Calcaneus zu einer gemeinsamen Sehne. Auch in diesem Fall konnte die eine Gastrocnemius-Sehne isoliert und transplantiert werden. — Auf diese Beobachtungen hin habe ich dem Verhalten der bezeichneten Sehnen zueinander nachzuforschen gesucht und in der hiesigen Anatomie, wo mir Herr Professor Hj. Grönroos gütigst Material zur Verfügung gestellt hat, an 10 Kinderleichen folgendes konstatiert. In keinem einzigen Fall waren bis zum Calcaneus hinunter isolierte Sehnen vorhanden. Vielmehr trafen die Gastrocnemien ziemlich weit oben zusammen und vereinigten sich dann etwas weiter nach unten mit dem Soleus. Um einen zahlenmässigen Ausdruck für das Verhalten zu gewinnen, habe ich den Abstand von der Kniegelenklinie bis zu den Verflechtungspunkten mit dem Abstand von der Kniegelenklinie bis zur unteren Insertion der Achillessehne verglichen. Die Zahlen, die sich auf diese Weise ergaben, waren für die Gastrocnemii $^{8}/_{25}$, d. h. ungefähr $^{1}/_{3}$ und für die Vereinigung der Gastrocnemii mit dem Soleus $^{15}/_{25} = {^{3}/_{5}}$. Nur in einem Falle verschmolzen alle drei Muskeln in derselben Höhe miteinander. Im übrigen zeigten sich recht grosse Variationen. Soviel diese Untersuchungen erkennen lassen, waren also die von mir referierten Beobachtungen Seltenheiten, falls sich das Verhalten nicht während der Wachstumsjahre bis zu einem gewissen Grade verändert. — Beide Gastrocnemii und der Soleus werden jeder von einem besondern Nerv innerviert und durch verschiedene Blutgefässe versorgt. Könnte nun ein Gastrocnemius für die Transplantation benutzt werden, so würde einem besonderen Muskelindividuum eine neue Mission verliehen werden. Bei flüchtiger Betrachtung meiner Ermittelungen an Kinderleichen ergibt sich, dass eine Isolierung des einen Gastrocnemius in der Regel nicht leicht fallen würde. Indess möchte ich die Aufmerksamkeit darauf lenken, dass die Gastrocnemii mit dem Soleus auf der Grenze zwischen dem 3. und 4. Fünftel der Strecke Knie-Calcaneus, d. h. in einer Höhe, die bei einer Transplantation in dieser Gegend gewöhnlich freigelegt wird, zusammengehen. Durch stumpfe Isolierung, z. B. mit dem Elevatorium, können die Sehnen weiterhin nach unten isoliert werden. Wenn nur der Hautschnitt nach oben verlängert wird, lassen sich die Gastrocnemii bereits leicht voneinander isolieren. Auf diese Weise können wir einen wohlbegrenzten, zur Transplantation geeigneten Muskel mit eigner Innervation schaffen. — Im Hinblick auf die obigen Ausführungen möchte ich somit die Ansicht aus-

sprechen, dass es bei partieller Transplantation der Achillessehne am geratensten erscheint, den einen Gastrocnemius zu isolieren und zu übertragen.

---

1) **Eugen Kopits.** Die Bedeutung der mechanischen Einwirkungen in der Pathogenese der Deformitäten. (Habilitations-Vorlesung.)

Orvosi Hetilap. 1908. Nr. 40.

K. fasst das Resumé seiner Abhandlung in folgenden 6 Punkten zusammen:

1) Eine hohe Zahl der Deformitäten wird direkt durch mechanische Einwirkungen hervorgerufen.

2) Die Gelegenheit, dass Krafteinwirkungen zur Geltung gelangen, wird durch das Missverhältnis zwischen Tragfähigkeit und Belastung des Organismus gegeben.

3) Die auf diese Weise entstehenden Deformitäten folgen stets den ewig geltenden Gesetzen der Mechanik.

4) Zu den infolge mechanischer Krafteinwirkungen entstandenen Deformitäten gesellen sich noch jene Veränderungen, welche im Anschlusse an diese Einwirkungen von Seiten des lebenden Organismus produziert werden.

5) Diese letztere Erscheinung stellt lediglich ein Reparationsbestreben des Organismus dar.

6) Je plastischer das Knochensystem, an welchem Formveränderungen entstanden, um so ausgesprochener erscheinen die direkten Folgen der mechanischen Einwirkungen, während bei an Knochen mit höherer Widerstandsfähigkeit entstandenen Deformitäten eher die seitens des Organismus produzierten Reaktionserscheinungen zu Recht gelangen.

Horváth - Budapest.

2) **P. Panum** (Kopenhagen). Vanføreomsorgen i. Danmark.

Nyt Tidsskrift for Abnormodsenet i Norden. 1908, Heft 7, pag. 212.

Die Krüppelfürsorge in Dänemark hatte im Laufe der letzten 10 Jahre eine so rege Entwicklung sowohl quantitativ wie qualitativ, dass eine sehr bedeutende Erweiterung und Reorganisation der Anstalt in Kopenhagen wiederum notwendig wurde. Die neue Anstalt wird in jeder Beziehung für den Zweck einer umfangreichen und individualisierenden Krüppelfürsorge für alle armen und bildungsfähigen Krüppel in Dänemark eingerichtet, z. B. wird der Poliklinik eine moderne orthopädische Klinik mit 50 Betten angegliedert.



Im Laufe des Jahres 1907 wurden ca. 4000 verschiedene Krüppel behandelt; der Zugang war 973 neue Patienten, 3885 wurden unentgeltlich mittels Bandagen oder Operation behandelt. Die Zahl der Konsultationen war ca. 10000. In der Klinik lagen 103 Pat. an 3000 Tagen; ca. 300 chirurgisch-orthopädische Operationen wurden ausgeführt. Im Gastheim (für zureisende Klinikpatienten aus dem Lande) hatten ca. 200 Aufenthalt an 1940 Tagen. Die Bandagenfabrik beschäftigte 25 verkrüppelte, gut geschulte Arbeiter und lieferte für die Klinik Bandagen und Stiefel im Betrage von 64700 Kronen, daneben hatte sie für Bandagenherstellung für Privatleute und Hospitäler eine Einnahme von 32000 Kronen. 100 Pat. wurden mit Massage und Heilgymnastik behandelt. Die Gewerbeschule hatte 81 Schüler (3jähriger Kursus). Im Kinderheim wurden 20 Kinder erzogen. Die Krüppel-Volksschule wurde, ausser von allen 20 Kindern des Kinderheims, von 52 verkrüppelten Kindern aus Kopenhagen besucht. 70 Schüler der Gewerbeschule wohnten in der Anstalt. Eine Abendschule für die Schüler der Gewerbeschule war stark besucht, obwohl die Teilnahme freiwillig ist. Das Sanatorium der Anstalt am Meere, speziell für Rekonvaleszenten und Kinder mit tuberkulösen Knochengelenkleiden, kann 30 Kinder und 14 Erwachsene aufnehmen und war das ganze Jahr vollbesetzt.

Panum-Kopenhagen.

3) **Poncet et Leriche** (Paris). Tuberculose inflammatoire à forme scléreuse.

Gazette des hôpitaux 1908. Nr. 56, p. 663.

Die Folgezustände einer tuberkulösen Entzündung können zweierlei Art sein: Entweder verkäsen die betroffenen Partieen oder sie sklerosieren. Letzteren Prozess sehen Verf. als Ausdruck einer gutartigen, abgeschwächten tub. Infektion an. P. und T. stellen sich den günstigen Verlauf so vor, dass die schwache Intoxikation den Träger langsam immun macht. Dieses abgeschwächte Virus kann sich überall hin lokalisieren, um im ganzen Körper eine Reihe von Krankheiten hervorzurufen, die alle denselben Ursprung haben, die alle von einem (verdeckten) Herd ausgehen und alle in Sklerosierungen endigen. P. nennt diese Art der tuberkulösen Entzündung die „fibröse Diathese“. — Ein notorisch tuberkulöser Mann bekam eine „rheumatische Arthritis“ am kleinen Finger (Schmerzen und Beugekontraktur). Diese „Kamptodaktylie“ ist nach neueren Beobachtungen sehr oft ein Zeichen einer sklerosierenden Tuberkulose der Sehnenscheiden; dasselbe soll von der Retraktion der Palmar-



aponeurose gelten. Immerhin wird die Entstehung derartiger Kontrakturen auch nach anderen Infektionen und Intoxikationen zugegeben, Syphilis, Alkohol, Blei); doch ist die Tuberkulose die häufigste Ursache und konnte auch als Grund einer Retraktion anderer Muskeln (Halsmuskel-, Psoasaponeurose!) festgestellt werden. Weiter soll sie zu subkutanen Knotenbildungen Veranlassung geben: ein Phthisiker hatte an allen Stellen, wo ihm am Arm und Bein Tuberkulininjektionen beigebracht worden waren, fibröse Verdichtungen aufzuweisen. Histologisch zeigte dieses fibröse Gewebe Tuberkel und Riesenzellen, aber nirgends Verkäsung. Auch bei einigen Fällen von Exostosenbildung, von Myositis ossificans, von fibröser Mastitis und Pylorusstenose war der tuberkulöse Ursprung wahrscheinlich.

Ewald-Hamburg.

4) **J. Rhenter** (Lyon). Tuberculose inflammatoire.

Gazette des hôp. 1908, Nr. 96. p. 1143.

Der 43j. Kranke der Poncet'schen Klinik hatte an dem rechten Handrücken eine typische Tendovaginitis crepitans der Extensorensehne, ausserdem aber an derselben Hand eine deformierende Arthritis im Interphalangealgelenk des Mittelfingers mit Zeichen des chronischen Rheumatismus und gleichzeitig eine Retraktion der Palmaraponeurose an beiden Händen. Diese beiden letzteren Erkrankungen müssen nach Rhenter und Poncet dieselbe tuberkulöse Ursache haben, wie die Tendovaginitis, ebenso die von Zeit zu Zeit auftretenden Rheumatismen, Ekzeme und Albuminurien.

Ewald-Hamburg.

5) **Poncet.** Pathogénie du rhumatisme tuberculeux.

Gazette des hôpitaux. 1908. Nr. 88, p. 1047.

Die schon oft vorgetragene Behauptung, dass der so häufig auftretende chronische Gelenkrheumatismus tuberkulösen Ursprungs sei, wird von neuem auf breitester Basis erörtert. Als „klinischen Beweis" führt P. die Tatsache an, dass man gern alle Krankheiten auf eine Ursache zurückführt. In manchen Fällen ist allerdings kein Tuberkuloseherd zu finden, dann ist er eben latent, und der Gelenkrheumatismus ist die einzige Manifestation der Tuberkulose. Ferner bildet sich häufig im Anschluss an eine „einfache Arthritis" ein Fungus heraus. Auch nach ausgeheilter Tuberkulose treten öfter Gelenkerkrankungen „rheumatischer Art" auf, die nach P. als tuberkulös entstanden gedacht werden müssen. — „Experimentelle Beweise" sind die Arthritiden nach Injektion von



Kochschem Tuberkulin, wie sie beim Menschen und Kaninchen (Autopsie!) beobachtet wurden. — Fernerhin gibt es „pathologisch-anatomische und bakteriologische Beweise“. Man findet — allerdings selten! — in einigen Fällen von tuberkulösem Rheumatismus einen Fungus oder einen Pyarthros in einem Gelenk. Ferner hat man den Tuberkelbazillus in den „rheumatisch“ erkrankten Gelenken zwar nicht gefunden, aber doch durch Injektion der Gelenkflüssigkeit in die Peritonealhöhle eines Tieres festgestellt. Meistens ist allerdings der tuberkulöse Ursprung des chronischen Gelenkrheumatismus nicht strikte zu beweisen. Doch ist schon lange festgestellt, dass das Tuberkulosevirus durchaus nicht immer Tuberkel mit Riesenzellen produziert, sondern auch einfache seröse Entzündungen verursacht (Gefässinjektionen, katarrhalische Exsudationen u. s. w.).

Wie kann nun der Kochsche Bazillus die verschiedenen Krankheitszustände (Verkäsungen, Granulationen, fibröse und exsudative Vorgänge) hervorrufen? Entweder die Toxine gehen von einem Herd auf dem Wege der Blutbahn in die Gelenke und wirken hier entzündungserregend (s. Arthropathien bei Tuberkulininjektionen, Ophthalmoreaktionen) oder der Bazillus wirkt — ev. abgeschwächt — direkt an Ort und Stelle. Vorläufig muss man sagen, dass beide Möglichkeiten denkbar sind, dass es sich um eine „Toxi-Infektion“ handelt.

Ewald - Hamburg.

6) **Schlippe.** Ein Fall von Akromegalie.

Diss. München 1908.

Bei einer 72jährigen Frau fanden sich die charakteristischen Symptome der Akromegalie: Volumenzunahme der Hände und Füsse, Nase und Lippe und gleichzeitige Verdickung der Haut der betreffenden Körperteile. Das Leiden hatte vor 14 Jahren begonnen. Wegen gleichzeitig bestehender schwerer Veränderungen an den Augen (bitemporale Hemianopsie, Lähmung einzelner Augenmuskeln, Sehnervenatrophie) ist der Zusammenhang der Akromegalie mit einer Erkrankung der Zirbeldrüse wahrscheinlich.

Blencke-Magdeburg.

7) **Matsunami.** Zwei Fälle von primärem Muskelangiom.

Diss. Greifswald 1908.

M. beschreibt 2 Fälle, die er in seiner Heimat (Japan) operiert hat. Er fand im ersten Fall ein kavernöses Angiom im muscul. temporalis, das mit Sarkom kombiniert war, im zweiten



Fall ein reines Angioma cavernos. im muscul. vast. intern. Im Anschluss an diese beiden Fälle bringt er noch eine Statistik der bisher veröffentlichten Fälle von primärem Muskelangiom.

Blencke-Magdeburg.

8) **G. J. Baradulin.** Zur Frage des Echinokokkus der Muskeln.

Wien. klin. Wochenschr. 1908. Nr. 35.

Im Anschlusse an drei Krankengeschichten wird mit reichlicher Berücksichtigung der Litteratur die Symptomatologie und Therapie der Echinokokkenerkrankung in den Muskeln besprochen.

Spitzy - Graz.

9) **Mercadé** et **Lemaire** (Paris). Pathogénie de l'épanchement traumatique de sérosité. (Die Pathogenese des traumatischen Gelenkergusses.)

Revue de chir. Bd. 35, S. 396.

Zur Klärung der verschiedenen Theorien über die Entstehung der traumatischen Gelenkergüsse haben die Verf. mikroskopische Untersuchungen der Gelenkflüssigkeit vorgenommen speziell in Rücksicht auf ihren Gehalt an verschiedenen Zellen. Sie fanden die Gebilde nach Art und Zahl entsprechend der Zusammensetzung der Lymphe und erklären deshalb die Entstehung des traumatischen Gelenkergusses durch die Ruptur von Lymphgefässen, wobei natürlich auch infolge Eröffnung einzelner Blutkapillaren Bestandteile des Blutes in die Gelenkflüssigkeit gelangen können. Die sonst vertretenen Theorien von der Entstehung des Ergusses aus dem Blute oder aus serösen Ergüssen in der Nachbarschaft des Gelenks erscheinen den Verf. hierdurch widerlegt, ebenso wie die Entstehung der Gelenkflüssigkeit durch entzündliche Reizung.

Ottendorff - Hamburg-Altona.

10) **Willy Wagner** (Berlin). Ueber die Heissluftbehandlung gonorrhoischer Gelenkentzündungen.

Medizinische Klinik 1908. Nr. 25, S. 949.

Während ein gonorrhoischer Hydrops meist nach einigen Wochen verschwindet, stellen die schwereren Formen und die phlegmonösen Erkrankungen, die zu rascher Verklebung neigen und eine schnell auftretende starke Muskelatrophie herbeiführen, ein überaus hartnäckiges Leiden dar, für das schon die verschiedensten Behandlungsmethoden empfohlen worden sind (Hydrotherapie, Fango, Stauung, frühe Mobilisierung, Operation, Ruhiglagerung). Am Urban-,

jetzt Virchowkrankenhaus wurden in den letzten 2 Jahren 74 gonorrhoisch erkrankte Gelenke meist schwererer Art durchweg mit Heissluft behandelt. (Tgl. 1 Stunde und länger.) Daneben Schienenlagerung, Tinctura jodi, heisse komprimierende Breiumschläge.

Unter dieser Behandlung heilten 31 Fälle — die des einfachen Hydrops — glatt und rasch aus.

Von den 39 phlegmonösen Arthritiden, bei 21 Kranken, heilten 8 Fälle völlig aus, 3 wurden mit guter Funktion, aber mässiger Verdickung entlassen, 1 mit geringem Beugungsdefekt, 3 verliessen vorher das Krankenhaus, 4 hatten geringe funktionelle Beschwerden, 2 starke. Eine totale Ankylose hat W. nie erlebt. Da durch die Heissluftbehandlung die Schmerzen sehr gemildert wurden, konnte frühzeitig mit der Mobilisierung begonnen werden. Wenn auch in 6 Fällen ein Rezidiv des Ergusses eintrat infolge der Bewegungen, so heilten auch diese Fälle schliesslich mit einem funktionell günstigen Resultat aus. Die gonorrhoische Phlegmone ist in ihrer Gutartigkeit keine Kontraindikation für die Mobilisierung.

Wenn man bedenkt, dass nach Bennecke in der Charité von 13 Phlegmonen 6 nach langer Zeit und vieler Mühe mit leidlicher Beweglichkeit entlassen wurden, dass bei 7 aber infolge des rein chirurgischen Verfahrens völlige Versteifung eintrat, muss man zugeben, dass die Heissluftbehandlung der gonorrhoischen Gelenkentzündung einen Fortschritt bedeutet. **Ewald**-Hamburg.

11) **König** (Berlin). Die traumatische Knochengelenksentzündung in ihrer Bedeutung für das Gutachten des Unfallarztes.

Berl. klin. Wochenschr. 1908. Nr. 37, S. 1669.

K. will die Frage beantworten, ob ein tatsächlicher Zusammenhang zwischen Gewalteinwirkung und Knochengelenksentzündung besteht. Zunächst stellt er fest, dass die Gewaltwirkung nicht allein, sondern dass dazu noch eine spezifische Erkrankung zur Entstehung derartiger Entzündungen Veranlassung gibt. Unter 100 Fällen von akuter Entzündung des Hüftgelenks wurde 12 mal Gewalteinwirkung als Ursache nachgewiesen; 28 Fälle von Tripperentzündung waren traumatische. Unter 566 tuberkulösen Hüftgelenksentzündungen wurden 86 als traumatische ermittelt, von 720 tub. Gonitisfällen entstanden 120 nach Gewalteinwirkung, vielfach direkt im Anschluss daran. Bemerkenswert ist die oft nur geringe Heftigkeit der Gewalteinwirkung. (Faustschlag, Fall auf ebenem Boden u. s. w.).

Es wird gesondert besprochen:

1. Die akute Knochengelenksentzündung.

Nach dem Trauma kann ausser dem Bluterguss und dem Hydrops z. B. eine Tripperentzündung entstehen. Die zu bestimmten Zeiten im Blut kreisenden Gonokokken lassen sich da nieder, wo der Boden (durch die Gewalteinwirkung) für sie präpariert ist. Ganz ebenso wirken die übrigen Entzündungserreger, am häufigsten die Strepto- und Staphylokokken; letztere infizieren mit Vorliebe den Knochen. (Der primäre Herd sind Halsentzündungen, Furunkel, Geschwüre.) Die Osteoarthritis tritt alsbald nach der Verletzung ein, kann aber auch erst in 3—4 Wochen entstehen, ja es kann sogar erst längere Zeit nach dem Stattfinden der Gewalteinwirkung ein Knochenabszess auftreten, resp. kann eine Gewalteinwirkung einen Herd treffen und den Durchbruch ins Gelenk veranlassen. Doch müssen in den beiden letzteren Fällen Symptome (Oertlicher Schmerz, Schwellung, Fieber u. s. w.) nach dem Unfall anamnestisch festzustellen sein. Der Zusammenhang in der Aufeinanderfolge der Erscheinungen vom Trauma bis zum ausgebildeten Krankheitsbild muss immer gewahrt sein.

2. Traumatische Tuberkulose des Knochengelenkapparates.

K. stellt (trotz Poncet! Ref.) den Fundamentalsatz auf, dass ohne Bazillen keine Tuberkulose entsteht; und zwar kommen diese fast ausschliesslich auf dem Wege der arteriellen Blutbahn in die Gewebe und lassen sich da nieder, wo sie geeigneten Boden finden, oder sie kommen in grösseren Massen in einem käsigen Pfröpfchen, das in einem kleinen Gefäss stecken bleibt. In jedem von den beiden Fällen ist die Gelenkerkrankung eine metastatische. (Pleura, Lungen, Drüsen, Darm, Nieren u. s. w.). Wie nun sowohl der Tierversuch als auch die Erfahrung am Menschen bewiesen haben, entwickelt sich die grosse Mehrzahl der traumatischen Tuberkulosen alsbald nach dem Stattfinden des Traumas, (in der Regel bereits in den ersten 14 Tagen). Doch kann sich die Tuberkulose auch erst in zwei bis drei Monaten entwickeln. Bei allen später auftretenden Erkrankungen müssen von dem Moment des Unfalls an krankhafte Erscheinungen vorhanden gewesen sein. **Ewald**-Hamburg.

12) **Karl Glässner.** Zur Kenntnis der Pagetschen Knochenerkrankung.

Wien. klin. Wochenschr. 1908. Nr. 38.

Verf. bringt im Anschluss an die Krankengeschichte eines Falles der seltenen Erkrankung eine Uebersicht über die bisherigen



Anschauungen über die Natur und Aetiologie des Leidens. Es dürften etwa 80 Fälle genau beschrieben sein. Im Uebrigen sei auf die ausführliche Arbeit selbst verwiesen. **Spitzy** - Graz.

13) **A. Reich** (Tübingen). Ueber Echinokokken der langen Röhrenknochen.

Beitr. zur klin. Chir. Bd. 59. S. 1.

R. teilt einen Fall dieser seltenen Erkrankung mit: ein Geschirrhändler akquirierte vor 4 Jahren durch ungeschicktes Abspringen vom Wagen eine Schwellung des rechten Fussgelenks, die nach 8 wöchiger Bettruhe wieder völlig verschwand. Seitdem bestanden aber immer leichte Schmerzen im Fussgelenk. Vor einem Jahr trat dann ohne äussere Ursache eine Schwellung zwischen Tibia und Achillessehne auf, die sich langsam vergrösserte. Ein Röntgenbild wurde nicht gemacht. — Die Operation ergab einen Abszess mit braunem Eiter und gelben membranösen Fetzen. Bei Entfernung der Abszessmembran wird eine Fistel der Tibia entdeckt, aus der ein Stecknadelknopfgrosses Bläschen tritt. Die — nicht aufgetriebene — Tibia war an ihrer medialen Wand papierdünn (Pergamentknittern). Eröffnung derselben legt eine Hühnereigrosse Höhle der Epi- und Metaphyse der Tibia vor, die mit ca. 50 Echinokokkenblasen angefüllt ist. Excochleation, Drainage, partielle Naht.

Eine nach der Operation gemachte Röntgenaufnahme zeigt die Höhle in der Epi- und Metaphyse der Tibia, bis an den Gelenkknorpel reichend; keine Deformierung oder reaktive Neubildung, normale Struktur und Dichtigkeit. — Pat. entlassen mit Gipsverband und Knochenfistel, die in die Höhle führt.

An der Hand der Literatur werden Aetiologie, Symptomatologie, Diagnose und Therapie und pathologisch-anatomische Stellung des Knochenechinokokkus eingehend besprochen.

Ewald - Hamburg.

14) **Frangenheim.** Ueber Kalluszysten.

Deutsche Zeitschr. für Chir. 90. Bd. H. 1—3. pag. 87.

Beschreibung zweier Präparate von Kalluscysten mit genauer, histologischer Untersuchung. Die Cysten fanden sich im parostalen hypertrophischen Kallus 1. einer traumatischen Fraktur des Schenkelhalses; 2. bei einer pathologischen Fraktur im oberen Dritteil des Oberschenkels bedingt durch einen Tumor. Diese Cysten sind wohl zu trennen und unterscheiden von den Kallusgeschwülsten. Sowohl



nach der Entwicklung als nach der histologischen Beschaffenheit zeigen sie viele Aehnlichkeit mit den Cysten bei Myositis ossificans.

Lindenstein - Heidelberg.

15) **Fritz Steiner.** Ein Beitrag zur Frakturenbehandlung.

Wien. med. Wochenschr. 1908. Nr. 35.

St. berichtet über sein Verfahren zur Behandlung von Knochenbrüchen insbesondere des Radius, der Ulna und des Humerus. Prinzip: Frühzeitige Anwendung von Massage, passiven und Widerstandsbewegungen. Anleitung zur Anfertigung einer miederartigen Schienenhülse für die Fraktur der Humerusdiaphyse.

Spitzy - Graz.

16) **Karl Ewald.** Beiträge zur Behandlung von Knochenbrüchen und Verrenkungen.

Wien. klin. Wochenschr. 1908. Nr. 39.

E. wendet sich gegen die Uebertreibungen bei der mobilisierenden Behandlung der Knochenbrüche. Er betont die Möglichkeit von Verbiegungen an der Bruchstelle im späteren Verlaufe der Heilung bei vorzeitiger Belastung. Weiter beschreibt Verf. mehrere einfache Vorrichtungen zur Behebung der dislocatio ad peripheriam.

Im zweiten Abschnitt werden einzelne Methoden der Einrichtung von Verrenkungen behandelt und nach warmer Empfehlung des alten Verfahrens bei der Schulterverrenkung, mit dem Fuss den Gegenzug auszuüben, mehrere Kunstgriffe angegeben, bei denen die Rückenmuskeln des Operateurs in ausgiebigem Masse zur Extension verwendet werden, wodurch es ermöglicht wird, schwierige Einrenkungen mit geringer Assistenz durchzuführen. **Spitzy**-Graz.

17) **M. Strauss** (Greifswald). Das Marmorekserum in der Therapie chirurgischer Tuberkulose.

Münch. med. Woch. 1908. Nr. 42, S. 2175.

St. hat in der Friedrichschen Klinik in 38 Fällen das Serum ganz vorsichtig versucht, nachdem die Mitteilungen über die mit demselben gemachten Erfolge so widersprechend lauteten. Doch konnte St. aus der Literatur 936 Fälle zusammenstellen, die im grossen und ganzen günstig beeinflusst wurden. Meist handelte es sich um offene Tuberkulosen, in 5 Fällen war neben der Knochenauch eine Lungentuberkulose vorhanden. Mit aller Reserve stellt er folgende Schlusssätze auf: Das Marmorekserum ist unschädlich, es scheint in einigen Fällen eine günstige Wirkung auszuüben, die



den Einflüssen der sonstigen hygienisch-diätetischen Massregeln zu vergleichen sind. Das Serum als weiteres Hilfsmittel im Kampfe gegen die chirurgische Tuberkulose dürfte des Versuches wert sein, wenn sein Preis eine ausgedehntere Verwendung ermöglicht.

Bei ausgedehnter Infektion ist die Wirkung eine recht unsichere, trotzdem erscheint auch hier ein Versuch gerechtfertigt.

Ewald-Hamburg.

18) **C. Ritter** (Greifswald). Eine neue Methode der Sehnennaht.

Mediz. Klinik. Nr. 31, S. 1191.

Von den Methoden, weit voneinander liegende Sehnenstümpfe zu vereinigen, haben alle ihre Nachteile. R. nimmt ein Stück einer Arterie oder Vene von demselben Individuum und fügt es als Schaltstück zwischen die beiden angefrischten Stümpfe, die also nicht unbedingt vereinigt zu werden brauchen, um trotzdem zusammen zu wachsen. Das Verfahren ist überall anwendbar, die Sehne kann die verschiedenste Breite haben; das Gefässrohr wird kraft seiner Elastizität immer das gehörige Lumen annehmen. Man kann es zudem noch künstlich verbreitern, indem man die Wand spiralig aufschneidet, und nach dem Ueberstülpen wieder vernäht. In einem Fall, wo durch einen Schnitt am Handgelenk die Sehnen des Abductor pollicis durchtrennt waren und wegen der starken Spannung nicht vereinigt werden konnten, wurde ein Saphenastück zur Verbindung an die Sehnenstümpfe genäht. Mehrere Seidennähte stiessen sich ab! — Jedoch Heilung und gute Funktion nach vier Wochen.

Ewald-Hamburg.

19) **Rohde.** Zwei Fälle von Entbindungslähmung.

Diss. Greifswald. August 1908.

Beschreibung von zwei Fällen aus der Greifswalder Kinderklinik. In beiden Fällen schwere Entbindung; in Fall II Zange. Beide Male mussten die Schultern durch Einhaken mit zwei Fingern gelöst und extrahiert werden. Beide Lähmungen zeigten den Duchenne-Erbschen Typus. Die Behandlung bestand in Elektrisieren, Massage und passiven Bewegungen, in Fall II unter gleichzeitigem Anbandagieren des gesunden Armes an den Rumpf. In Fall II wurde durch diese Behandlung wesentliche Besserung erreicht, während das andere Kind nach einigen Monaten an Bronchitis und Enteritis starb.

Blencke-Magdeburg.



20) **Ito und Soyesima.** Zur Behandlung der Facialislähmung durch Nervenpfropfung.

Deutsche Zeitschr. für Chir. 90. Bd. H. 1—3. pag. 205.

6 Fälle rheumatischer Facialislähmung wurden operativ behandelt und zwar mittels zentraler Implantation. Zweimal wurde die Facialis-accessorius-Plastik, viermal die Facialis-hypoglossus-Anastomose ausgeführt. Frühestens soll der Eingriff 6—12 Monate nach der Erkrankung vorgenommen werden. Anatomische und funktionelle Rücksichten lassen den N. hypoglossus am geeignetsten zur Ueberpflanzung erscheinen. Die Nachbehandlung hat in Massage, Elektrizität und Uebungen vor dem Spiegel zu bestehen. Für das Endresultat ist die Dauer der Lähmung und das Alter des Patienten von Bedeutung. Die Erfolge der Operation sind keine idealen, mit Rücksicht auf den ästhetischen Effekt aber empfehlenswert.

Lindenstein-Heidelberg.

21) **Hashimoto** und **Tokuoka.** Ueber die Schussverletzungen peripherer Nerven und ihre Behandlung (Tubulisation).

Archiv f. Klin. Chir. Bd. 84, H. 2.

Die beiden Verfasser geben einen Bericht über ihre Kriegserfahrungen, die sie bei 27 Fällen von Nervenverletzungen an der oberen Extremität und 20 an der unteren machten. Der rechte N. radialis war am häufigsten verletzt worden. Die Verwundeten kamen meist in der Zeit von 50—300 Tagen post trauma in Behandlung, es war daher meist nicht möglich, zu bestimmen, ob der Nerv primär verletzt war oder ob die Ausfallserscheinungen durch die Heilungsvorgänge (Kallus etc.) verursacht waren. Vollständige Nervendurchtrennung wurde nur 7 mal beobachtet; meistens lagen partielle Verletzungen der Nerven mit Zerreissung und Zertrümmerung der benachbarten Weichteile und Knochen vor, durch deren Heilung erst sekundär der Nervenstamm infolge der Narben- bezw. Kallusbildung oder Entzündung in seiner Leitungfähigkeit unterbrochen wurde. Die beschädigten Nerven waren an der Stelle der Verletzung verdickt und sklerosiert und in Narbengewebe oder Kallus eingebettet. Obwohl es dringend erwünscht ist, dass die Nervendurchtrennung gleich auf dem 1. Verbandplatz im Felde festgestellt wird, ist doch die primäre Nervennaht wegen Mangels an Zeit und Platz an der Front nicht zu empfehlen. Die Naht soll nicht unter 5 Wochen nach der Verwundung gemacht werden. Viele Fälle von Nervenschussverletzungen heilen ohne Operation durch frühzeitige medikomechanische Behandlung; oft ist ein chirurgischer Eingriff notwendig.

Bei der Nervenverletzung ohne vollständige Durchtrennung wandten die Verff. nur selten die Nervendehnung an; sie ziehen die Neurolysis allein der Resektion des Nerven, das weniger eingreifende Verfahren dem mehr eingreifenden, vor. Länger als 100 Tage soll man nicht ohne zwingenden Grund mit der Operation warten. Bei der Neurolysis ist folgendes Verfahren erprobt: Aufsuchen, Freilegen und Isolierung des Nerven aus dem umgebenden Kallus- und Narbengewebe, wetzsteinförmige Exzision der spindelförmig aufgetriebenen Nervenpartien und Naht des dadurch entstandenen Schlitzes mit Katgut; dann wird das operierte Nervenstück in eine der Länge nach aufgeschnittene, die Operationsstelle oben und unten um 2—3 cm überragende, nach Foramith präparierte Kalbsarterie gelegt und die Arterie geschlossen; danach wird der so eingescheidete Nerv in eine gesunde Muskelpartie der Umgebung verlagert. In den Fällen, bei denen der Nerv gänzlich durchtrennt war, brachten die Verff. die Enden durch Dehnung aneinander, vernähten sie und legten sie ebenfalls in eine Kalbsarterie. Bei grossen Defekten, bei denen die Verff. mit Nervendehnung nicht auskamen, haben sich ihnen die Methoden von Vaulair und Lick-Sänger als brauchbar erwiesen. Die Resultate waren im allgemeinen recht gut; die schlecht ausgehenden Fälle waren meist zu spät in die Behandlung gekommen, und zwar deshalb, weil vielfach bei der Schwere der sonstigen Verletzung nicht auf die Beteiligung des Nerven geachtet worden war.

Klar-München.

22) **Pfeiffer** (Frankfurt). Aus der orthopädischen Werkstatt.

Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. XX, S. 168.

Pf. benutzt zur Versteifung des Stiefelschaftes eine seitlich anliegende Feder, die in dem Absatz ihren Halt findet. Die Beelysche Schiene zur Behandlung des Genu valgum hat Verf. dahin geändert, dass sie auch für Genu varum benutzt werden kann. Er lässt die Seitenschiene von oben her bis zu der Oberschenkelspange auf der Aussenseite verlaufen, von da ab auf der Innenseite. Durch elastische Züge kann das Knie dann im Sinne der Korrektur an die Schiene herangezogen werden. Bei Lederkrawatten zur Behandlung des Spondylitis cervicalis stattet Pf. den beweglichen Kinnteil mit einer Feder aus, die dauernd extendiert, aber doch noch das Oeffnen des Mundes ermöglicht. Beim Reklinationsbett bietet ein um das Kinn laufender gepolsterter Riemen in Verbindung mit zwei Achselgurten gute Sicherheit gegen das Abrutschen bei Schiefstellung des Bettes. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.



23) **J. C. Johansen** (Kopenhagen). Et Bugmassage-Apparat.
Hosp. Tid. Nr. 25, S. 720,

J. hat einen Bauch-Massage-Apparat konstruiert (Abb.), bestehend aus einer länglich-viereckigen Metallplatte mit abgerundeten Ecken. Die Platte ist auf der unteren Seite, die konvex gebogen ist, mit Flanell überzogen und trägt auf der oberen konkaven Fläche eine vertikale Drehachse. Mittelst eines Handgriffes kann die Platte bewegt werden und der Unterleib geknetet oder kreisförmig gedrückt werden. Der Apparat ist für „Selbst-Massage" bestimmt. **Panum**-Kopenhagen.

24) **Kaufmann** (Weissenburg). Die neue Offiziersgamasche als Universalschiene.
Deutsche Militärärztl. Zeitschr. Bd. 37, S. 683.

K. schlägt vor, die neue Offiziersgamasche aus Leder als improvisierte Schiene zu verwenden und zeigt an einigen Abbildungen ihre vielseitige Brauchbarkeit. **Ottendorff** - Hamburg - Altona.

25) **Ergebnisse der Rückgratuntersuchungen Magdeburger Schulkinder im Jahre 1906—1907.**

Aus dem Bericht an den Magdeburger Magistrat von Dr. med. E. Kirsch, Spezialarzt für orthopäd. Chirurgie in Magdeburg.
Gesunde Jugend. VIII. Jahrgang, Heft 5.

Die Untersuchungen wurden vorgenommen an 1015 Kindern (518 Knaben, 497 Mädchen) und zwar wurden, um den Einfluss der Schule auf die Wirbelsäulenverbiegung festzustellen, die Lernanfänger und die Konfirmanden untersucht.

Verfasser unterscheidet zwischen gewohnheitsmässiger Schiefhaltung (I. Grad) und fixierter Skoliose; letztere teilt er ein in solche mittleren (II.) und sehr schweren Grads (III.). Die Resultate sind in einer graphischen Darstellung und einer Tabelle zusammengestellt. Im ganzen zeigten 25,7 % der Knaben und Mädchen Skoliose. Der Skoliosenprozentsatz nimmt von 20,7 bei den Lernanfängern auf 30,4 bei den Konfirmanden zu (19 % bei Knaben auf 21,4 %, 22,3 % bei Mädchen auf 41,4 %. Wenn man aber zwischen nicht fixierten und fixierten Skoliosen unterscheidet, so ergeben sich folgende Verhältnisse: 7,5 % der fixierten bestehen bereits bei den Neuaufgenommenen; diese steigen bei den Konfirmanden auf 8,6 % (bei Mädchen von 7,8 % auf 11,6 %, bei Knaben Rückgang von 7,2 % auf 6 %). Die nicht fixierten Skoliosen wachsen in der Schulzeit von 13,2 % auf 21,8 % (bei Knaben von 11,8 auf



15,3, bei Mädchen von 14,5 auf 29,5). Daraus folge, dass die Schulskoliose nicht mit einiger Regelmässigkeit zur schweren Skoliose führt, dass vielmehr im allgemeinen nur die Kinder eine schwere Skoliose mit ins Leben nehmen, die beim Schuleintritt bereits wesentliche Veränderungen der Wirbelsäule aufweisen.

Bezüglich der Behandlung wird bemerkt, dass für Skoliosen I. Grads der Schulturn-Unterricht genüge, die II. Grads wurden grösstenteils in orthopädischen Turnkursen genügend gefördert, während die III. Grads einer orthopädischen Spezialbehandlung bedürfen. Bei kleineren Kindern mit schwerer Verkrümmung empfehle sich hauptsächlich das Lagerungsbett.

Der Schwerpunkt sei auf Versorgung der unteren Klassen zu legen. Belehrung der Eltern durch die Schulärzte, Bereitstellung der Mittel durch Armenpflege und Privatwohltätigkeit sind notwendige Erfordernisse. **Treiber**-Mannheim.

26) **Eckstein** (Prag). Anatomische Untersuchungen über den Zusammenhang zwischen Halsrippen und Skoliosen.

Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. XX, S. 176.

Im Anschluss an 4 Fälle, bei denen sich teils gar keine Skoliose, teils eine solche mit anderer Krümmung als man sie erwarten sollte, fand, hat Verf. das Material des anatomischen Instituts in Prag auf diese Frage hin untersucht. Er konnte bei 24 doppelseitigen und 11 einseitigen Halsrippen keinen Zusammenhang zwischen Skoliose und Halsrippe nachweisen. Verf. schliesst daraus, dass die Halsrippen allein keine Skoliose verursachen können, sondern dass noch andere ätiologische Momente (Rhachitis, Heredität, Missbildungen) für die Erklärung dieser Form heranzuziehen seien.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

27) **Gerson** (Schlachtensee). Skoliosenbehandlung im Hause.

Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. XX. S. 476.

G. weist auf die Wichtigkeit der frühzeitigen und energischen Behandlung der Skoliose hin, betont aber zugleich, dass nicht ein kurzer Turnkursus im orthopädischen Institut Heilung bringen könne, sondern dass zu diesem Zwecke und zur Verhütung eines Rückfalles die Behandlung auch zu Hause noch weiter fortgesetzt werden müsse. G. gibt eine Anleitung dafür, bestehend aus aktiven Redressionsübungen nach Hoffa, Liegen auf schiefer Ebene in Korrekturstellung, ferner Gewichtziehen in der Weise, dass eine Umkrümmung der Wirbelsäule erfolgen muss. Die Ruhepausen werden derartig

ausgenutzt, dass das Kind in der Weise liegt, dass das Durchhängen des Körpers bei aufgestütztem Arm die Skoliose korrigiert.

Ottendorf-Hamburg-Altona.

28) **Tissot** (Amiens). Mort subite dans un cas de mal de Pott silencieux. (Plötzlicher Exitus bei latenter Spondylitis.)

Annales de chir. et d'orthop. 21. Bd., Nr. 8, S. 231.

T. beobachtete bei einem 49jährigen Manne einen plötzlichen Exitus, nachdem der bis dahin gesunde Pat. einige Tage über Unwohlsein geklagt und erst am letzten Tage Symptome einer Cervicalspondylitis gezeigt hatte. Bei der Autopsie fanden sich Zerstörungen besonders im Gebiet zwischen Atlas und Occiput. Verf. glaubt, dass der beim Aufsetzen plötzlich erfolgte Tod durch eine Quetschung des verlängerten Marks an dieser Stelle erfolgt sei und zwar durch Alteration der Zentren für die Innervation des Herzens. Auffallend ist die fast völlige Latenz sowie auch der Sitz der Spondylitis.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

29) **Zrenner.** Ein Fall von traumatischer Haematomyelie.

Diss. Erlangen 1908.

Z. beschreibt genau einen Fall, bei dem infolge einer grossen körperlichen Anstrengung und eines Falles auf den Kopf eine Blutung in das Rückenmark erfolgte. Es waren zunächst beide Arme und Beine gelähmt, doch ging die Lähmung allmählich zurück. Vier Monate nach dem Unfall bestanden noch Lähmungserscheinungen am linken Arm, Augenstörungen, Erhöhung der Sehnenreflexe und leichte Hyperästhesie, auf der rechten Seite ausgedehnte Analgesie und Thermanästhesie. Der Herd hatte also zu einer Zerstörung der Vorderhörner in der Höhe vom 7. Zervikal- bis 1. Dorsalsegment geführt, aber auch auf die Seitenstränge mit übergegriffen.

Blencke-Magdeburg.

30) **V. Schmieden** (Berlin). Ueber Ellenbogenresektionen mit Erhaltung der Beweglichkeit.

Berl. klin. Wochenschr. 1908. Nr. 33, S. 1521.

Bei Versteifungen im Ellenbogengelenk wird an der Bierschen Klinik nur in denjenigen leichten Fällen unblutig mobilisiert, wo bei bindegewebiger Ankylose noch ein gewisser Grad von Beweglichkeit erhalten ist. Sonst wird reseziert. Nach den üblichen queren Resektionsmethoden kann es nun entweder zu neuen Verwachsungen kommen, oder aber — wenn zu viel von den Gelenk-



knochen fortgenommen ist — zu einem Schlottergelenk. — Nach Helferich wurden von Bier die Gelenkenden sparsam und in der physiologischen Bogenform angefrischt und ein gestielter Muskellappen aus dem Trizeps interponiert. Schon nach 8 Tagen wird mit Bewegungen begonnen, und das Gelenk in immer wechselnden Stellungen verbunden. Eine konsequente Nachbehandlung (Massage, Heissluft, aktive-passive Bewegungen) ist überhaupt das wichtigste bei dem Verfahren.

Von den 14 Fällen des letzten Jahres sind 11 fertig behandelt. Von diesen wurden 6 gut, z. T. ideal geheilt, (teilweise in schwerer körperlicher Arbeit wieder tätig), 4 Fälle wurden erheblich gebessert, aber doch nur beschränkt beweglich gemacht, 1 Pat. (Arthritis deformans, bei der auch der Muskellappen z. T. nekrotisch wurde) ergab ein schlechtes Resultat.

Ewald - Hamburg

31) **Böcker** (Berlin). Zur Beurteilung von Unfallverletzungen im Bereich des kindlichen Ellenbogengelenks.

Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. XX. S. 328.

Auf Grund von Veletzung des Ellenbogens bei einem 6 und bei einem 11 jährigen Kinde bespricht Verf. die Schwierigkeiten der genauen Diagnose, da eine Unterscheidung von Knochenkern und Frakturprodukt bei den komplizierten Verhältnissen des kindlichen Ellenbogens nicht leicht ist. Ausser der genauen Kenntnis der normalen Anatomie der Entwicklungsperiode und der Pathologie der Frakturen im Röntgenbilde führt die Röntgenaufnahme in zwei Richtungen sowie das Vergleichsbild der gesunden Seite zur genauen Feststellung der Diagnose. Auch darf die klinische Untersuchung nicht dabei in den Hintergrund treten.

Ottendorff - Hamburg - Altona.

32) **Max Goerlich** (Schwäb. Gmünd) Ueber einige Radiusmissbildungen.

Beitr. z. klin. Chirurgie. 1908, Bd. 59. S. 421.

Bei einem 16 jährigen Mädchen und einer 34 jährigen Frau lag an einem Arm eine kongenitale Verwachsung des Radius mit der Ulna vor, und zwar in extremer Pronationsstellung. Die Synostose findet sich im Bereich der Kreuzungsstelle beider Knochen. Verkürzung des Vorderarms, aber kein Defekt. Trotz der starken Supinationsbeschränkung ist die Arbeitsfähigkeit nur wenig herabgesetzt. Aetiologisch wird Druck der Uteruswand, resp. des Amnion auf die exponierte Radialseite des Ellenbogengelenks angenommen.



Bei einem 18 jährigen Silberschmied wird eine rechtsseitige kongenitale Radiusluxation nach hinten und aussen festgestellt (Röntgenbild!) Daneben eine Entwicklungshemmung des Oberarms, der Schulter, ferner Asymmetrie der Brust und des Gesichts. Trotz des kümmerlichen Arms gute Funktionen.

Ferner werden die Bilder und Krankengeschichten eines typischen doppelseitigen kongenitalen Radiusdefektes mit Fehlen des Daumenstrahles mitgeteilt. Erstaunliche Geschicklichkeit der an sich wenig beweglichen Finger; der 5. Finger hat in vieler Beziehung die Rolle des Daumens übernommen.

Ganz ähnliche Symptome fand G. bei einem erworbenen linksseitigen Radiusdefekt. Ein 17. jähriger Anstreicher bekam vor 13 Jahren im Anschluss an Scharlach eine Osteomyelitis an beiden Vorderarmen, im Verlauf derer ein Radius fast ganz sequestrierte. Trotz Gips und Schienen trat eine Verkrümmung der Ulna ein, und es bildete sich auch Klumphand heraus. Wie das Röntgenbild zeigt, ist die Handwurzel radial- und proximalwärts neben die Ulna verschoben.

Ewald-Hamburg.

33) **Bülow-Hansen** (Kristiania). Ein Fall von kompleten, kongenitalen Radiusdefekten, nach der Methode von Bardenheuer operiert.

Norsk. Magaz. f. Laegev. Oktober. Nr. 10, 1908, pag. 956.

Die Mitteilung wird mit einem kurzen historischen Ueberblick eingeleitet.

Das Kind, 5 Monate alt, wurde in 2 Sitzungen im März und April 1903 operiert. Der Wundverlauf war normal, und die Stellung nach 6 Wochen Fixation in Gips schön.

3 Jahre nachher Kontrolluntersuchung. Das Radiogramm zeigt Carpus noch in dem distal gespaltenen Ende der Ulna stehend. Die Hände sind, speziell an der einen Seite, zu den Vorderarmen etwas im Winkel gestellt. Die Funktion ist gut; das Kind kann in jeder Richtung seine Hände benutzen.

Reinhardt-Natvig - Kristiania.

34) **Cramer** (Köln). Ueber kongenitale Supinationsstörungen.

Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. XX, S. 127.

C. unterscheidet Supinationsstörungen 1. infolge von partiellem oder totalem Defekt eines Vorderarmknochens, 2. wegen proximaler Verlängerung und Luxation des Radius, 3. wegen Ankylose zwischen Unterarmknochen und Humerus und 4. infolge knöcherner Ver-



wachsungen zwischen Ulna und Radius. Störungen der ersten beiden Arten, die meist mit anderweitigen Missbildungen einhergehen, sind verhältnismässig häufig, während die Rotationsbehinderung durch Verwachsung der Unterarmknochen mit dem Humerus oder unter sich selten vorkommt. C. selbst hatte Gelegenheit einen Fall zu beobachten, bei dem die Supination infolge Verwachsung der proximalen Enden des Radius und der Ulna aufgehoben war, während bei einem anderen Pat. ausser einer Verbiegung des oberen Endes der Unterarmknochen keine Veränderung der Knochen zu konstatieren war. Verf. glaubt, dass im letzteren Falle die Supinationshemmung durch das Anstemmen der deformierten Knochen aneinander oder durch Verzahnung im oberen Gelenk verursacht werde, wie er dies bei einem Knaben mit multiplen kartilaginösen Exostosen beobachten konnte.

Ottendorff - Hamburg - Altona.

35) **Boerger.** Ueber Radiusfrakturen und deren Behandlung.

Dissert. Halle 1908.

Im Anschluss an eine Statistik aus der Bramannschen Klinik über 226 in einem Zeitraum von 6 Jahren behandelte Fälle bespricht B. die verschiedenen Theorien über den Entstehungsmechanismus und die Methoden der Behandlung der typischen Radiusfraktur. Das in der Halle'schen Klinik geübte Verfahren ist folgendes: Es wird extendiert und gleichzeitig die Hand flektiert, proniert und ulnar abduziert. In dieser Stellung wird über guter Wattepolsterung ein von der Mitte des Oberarms bis zu den Fingern reichender Verband angelegt und zwar bei Brüchen mit Dislokation zirkulärer Gipsverband, bei solchen ohne Dislokation Pappschienenverband, der nach 8 Tagen gewechselt, nach weiteren 8 Tagen gänzlich entfernt wird. Hierauf folgt die übliche Nachbehandlung.

Blencke - Magdeburg.

36) **Estor** (Montpellier). De la subluxation congénitale du poignet. (Über die kongenitale Subluxation des Handgelenks; Madelungsche Deformität.)

Revue de chir. 36. Bd. S. 145 u. S. 317.

Angeregt durch einen Fall eigener Beobachtung bespricht E. die Frage der Madelungschen Deformität. Er führt zunächst die gesamte Literatur in chronologischer Reihenfolge an und zwar unter besonderer Berücksichtigung der Ätiologie. Pathologisch anatomisch besteht ausser der typischen Stellung hin und wieder Verkürzung des



Radius oder der Ulna oder beider zusammen. Auch Veränderungen der Hand und der Handwurzel sind hin und wieder beobachtet. Von 85 Fällen, die Verf. aus der Literatur zusammenstellt, war bei 36 die Deformität kongenital oder hereditär. Häufig wird ein Trauma als Ursache angeschuldigt sowohl ein einmaliges stärkeres als auch das chronische Trauma der professionellen Beschäftigung. Auffallend häufig findet man auch die Veränderungen bei Epileptikern, auch Rachitis wird nicht selten als Ursache genannt. Verf. selbst ist davon überzeugt, dass es sich nur um ein kongenitales Leiden handeln könne und zwar 1) weil die Affektion nur eine Übertreibung der normalen Stellung sei, 2) weil sie oft hereditär und 3) weil sie sehr oft beiderseits vorkomme. Es kann dabei die Berufsarbeit oder ein Trauma die angeborene Entwicklungsstörung erst zur Ausbildung bringen. Die Diagnose ist nach der charakteristischen Erscheinung der Deformität ohne weiteres zu stellen. Die funktionellen Störungen, bestehend in Bewegungsbehinderung und Schmerzen, sind manchmal recht erheblich, manchmal auch gleich Null. In therapeutischer Beziehung verwirft E. fixierende Verbände und Bandagen, auch die von Hoffa angegebene Arthrodese für rezidivierende Luxationen des distalen Radioulnargelenks ist bei der Subluxation des Handgelenks nicht anwendbar. Sind schwere Störungen vorhanden, die allein eine Behandlung bedingen, so kommt nur die Osteotomie der Ulna in Frage, die der Durchtrennung des Radius vorzuziehen ist. Sind beide Unterarmknochen stärker deformiert, so muss die Osteotomie eventuell an beiden ausgeführt werden. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

37) **Arnold Flinker.** Ueber einen seltenen Fall von Makrodaktylie.

Wien. klin. Woch. 1908. Nr. 35.

Die Missbildung betrifft einen 76jährigen Mann, dessen linker Zeigefinger ungeheure Proportionen aufweist. Die Messung der Finger an der linken Hand ergibt folgende Zahlen: Länge I 7 cm, II 19 cm, III 10 cm, IV 8,5 cm, V 6 cm. Umfang der Grundphalange des Zeigefingers 15 cm, der zweiten Phalange 14 cm, der dritten 13,5 cm. Die Hypertrophie erstreckt sich sowohl auf die Knochen als auch die Weichteile. Der Finger war von Geburt an auffallend gross und ist im Laufe des Knabenalters zur jetzigen Grösse gediehen. Trotzdem es sich um die Hand eines linkshändigen Arbeiters handelt, ist keine Berufsstörung zu bemerken.



Im Anschluss daran eine Litteraturübersicht und Besprechung der Theorien über die seltene Erkrankung. Verfasser neigt mit neueren Autoren zu der Ansicht Rokitanskys, dass es sich um eine durch Veränderungen in den Blutgefässen bedingte Hypertrophie (Elephantiasis) handelt, und meint, dass für die Annahme pathologischer trophischer Nervenelemente kein Grund vorliege.

Spitzy-Graz.

38) **M. Goerlich** (Schwäb. Gmünd). Angeborene Ankylose der Fingergelenke mit Brachydaktylie.

Beitr. z. klin. Chirurgie. 1908. Bd. 59. 2. S. 441.

Ein 20 jähriger Zeichner leidet von Geburt an an beiderseits mangelhafter Beweglichkeit des Daumens und Steifigkeit des 4. und 5. Fingers. Das I. Interphalangealgelenk des 4. und 5. Fingers besteht nicht, die Grund- und Mittelphalanx sind miteinander verschmolzen. (Röntgenbild.) Die Beugung der kolbig verdickten Nagelglieder des Daumens und 4. und 5. Fingers ist stark behindert. Sämtliche Mittel- und Endphalangen sind verkürzt.

Ewald-Hamburg.

39) **Hiller** (Königsberg). Ueber den schnellenden Finger.

Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. XX, S. 48.

Im Anschluss an einen Fall, den H. Gelegenheit hatte zu operieren, bespricht er die Aetiologie dieses Leidens. Als Ursache des Schnellens kommt vor allem in Betracht Verengerung der Sehnenscheide und Verdickung der Sehne. Diese bei weitem häufigste Entstehungsart lag auch dem H.'schen Fall zu Grunde. Am häufigsten betroffen ist die rechte Hand und von den Fingern wieder Mittelfinger, Ringfinger, Daumen, während Zeigefinger und Kleinfinger erheblich seltener befallen sind. Als Ursache dieser Sehnenerkrankung findet sich Rheumatismus, Ueberanstrengung und Trauma. Ungleich seltener ist bei dem schnellenden Finger die Angabe, dass durch Muskelkrampf das Leiden verursacht sei. Hin und wieder werden auch Veränderungen der Gelenkenden für die Entstehung des Schnellens verantwortlich gemacht. Therapeutisch hat H. bei seinem Falle die Exstirpation der verengten Sehnenscheide mit gutem Erfolg vorgenommen.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

40) **F. Davidsohn.** Die Fraktur der distalen Fingerphalanx infolge Abriss der Strecksehne.

Berl. klin. Wochenschr. 1908, 23, p. 1097.

In 2 Fällen fand D. die Basis der Endphalanx frakturiert. Die Fraktur kommt so zustande, dass auf die Nagelphalanx des ge-



streckten Fingers eine Gewalt einwirkt, während der musc. ext. digg. comm. in Tätigkeit ist. Dessen Sehne nimmt dann beim Abreissen ein Knochenstück mit. Beschwerden sind meistens gering, wenn nicht, muss man den abgerissenen Knochensplitter entfernen und die Sehne wieder an das Endglied des Fingers annähen. (Einmal erfolgreich ausgeführt.) **Ewald**-Hamburg.

41) **F. Wette** (Köln). Zwei Fälle von Luxation im Metatarsophalangealgelenk. Doppelseitiger Abriss der Streckaponeurose am Mittelfinger.

Münch. med. Wochenschr. 1908. Nr. 37, S. 1931.

W. berichtet über einen Fall von dorsaler Luxation der 2.—4. Zehe im Metatarsophalangealgelenk. Die Reposition der (veralteten!) Luxation gelang erst nach Resektion der Metatarsalköpfchen. In einem zweiten Fall lag eine plantare Luxation vor, die aber ohne weiteres reponiert werden konnte.

Die letzte Mitteilung ist ein Beitrag zu der seltenen Verletzung eines Abrisses der Streckaponeurose beider Mittelfinger bei einer alltäglichen Verrichtung. Folge war die Unmöglichkeit, das Endglied des Fingers zu strecken. Die Funktion der Hand war dadurch nicht nennenswert beeinträchtigt. **Ewald**-Hamburg.

42) **Würth v. Würthenau** (Wiesbaden). Beitrag zur Trommlerlähmung und deren Behandlung.

Deutsche Militärärztl. Zeitschr. Bd. 37, S. 673.

W. schildert einen Fall von Trommlerlähmung, die ihre Ursache in einer Zerreissung der Sehne des langen Daumenbeugers hatte. Die Diagnose der Zerreissung wurde durch die Operation bestätigt und die Anfrischung und Naht der beiden Sehnenenden ausgeführt. Mikroskopisch ergab sich Auffaserung der Sehnenbündel, quere Zerreissungen der Sehnenfasern nebst Degenerations- und Regenerationsvorgängen. Verf. führt die Zerreissung auf die Reibung der Sehne an den Bändern der Handgelenksgegend zurück, die zunächst zu einer Entzündung und Nekrose der in erster Linie betroffenen Partieen führt. Bei weiterem Andauern der schädlichen Einflüsse erstreckt sich diese entzündliche Degeneration auf die ganze Dicke der Sehne, um schliesslich zur Ruptur zu führen. Der Muskel der durchrissenen Sehne verliert seine elektrische Erregbarkeit. Verf. glaubt deshalb annehmen zu können, dass viele Fälle, die bisher als Lähmung betrachtet wurden, tatsächlich Sehnenzerreissungen waren.

Ottendorff-Hamburg-Altona.



43) **Oberst.** Die Diagnose der Hüftgelenkserkrankungen.

Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung. 1908. Nr. 17.

In der namentlich für den praktischen Arzt lesenswerten Arbeit bespricht O. in gedrängter Kürze die wichtigsten Hüftgelenkserkrankungen, bei denen es uns stets gelingen wird und muss, eine präzise Diagnose zu stellen, zumal wenn wir auch die Röntgenuntersuchungen heranziehen, und dementsprechend auch einen rationellen Heilplan durchzuführen. Mehrere Skizzen von Röntgenbildern sind der Arbeit, die für den Orthopäden nichts Neues bringt, beigegeben. **Blencke**-Magdeburg.

44) **Ch. Perret** (Bern). Ueber die Dauerresultate bei Coxitis tuberculosa an der Hand von 65 Fällen.

Archiv f. klin. Chir. Bd. 85, H. 2.

Von den 230 Fällen von tuberkulöser Coxitis, die seit dem Jahre 1880 auf der chirurgischen Abteilung des Inselspitals zu Bern behandelt worden sind, hat P. 65 Fälle nachuntersucht. Die Indikationsstellungen P.s für die Behandlung sind; Bei leichten, günstigen Fällen ohne oder mit steriler geschlossener Eiterung, bei denen der Sitz des Herdes durch die klinische Untersuchung und die Röntgenaufnahme nicht mit Sicherheit festzustellen ist, behandelt P. ausschliesslich konservativ so lange, bis der Knochenherd, der inzwischen ja auch spontan ausheilen kann, deutlich erkennbar ist. Bei schweren Fällen mit offener Eiterung führt P. die Arthrotomie aus zur Exploration des Gelenks und eventuell, wenn die das Gelenk bildenden Teile derart zerstört sind, dass keine Hoffnung auf spontane Heilung vorhanden ist, gründliche Abtragung alles Erkrankten unter Schonung der erholungfähigen Teile: „atypische Resektion“. Die typische Resektion (Dekapitation oder gar subtrochantere Abtragung) wird von P. verworfen. Bei allen Fällen aber, wo durch genaue klinische Untersuchung der tuberkulöse Herd lokalisiert werden kann und durch das Röntgenbild bestätigt wird, empfiehlt Verf. die Arthrotomie, verbunden mit Sequestrotomie oder Ausrottung der tuberkulös erkrankten Teile.

Von den 65 Fällen wurden 23 konservativ behandelt, 25 konservativ-operativ (Abszessevidement, Osteotomie, Sequestrotomie, Arthrotomie) und 17 operativ (Resektionen) behandelt.

Klar-München.



45) **Ahrens** (Remscheid). Ein Fall von Resektion des Hüftgelenks mit Interposition eines Muskellappens.

Münch. med. Woch. 1908. Nr. 41, S. 2138.

A. hat einen 22jähr. Mann wegen florider Koxitis, die plötzlich 6 Wochen vorher unter starken Schmerzen, mässigem Fieber (38,2) und fortschreitenden Destruktionen am Schenkelkopf entstanden war, operiert. Resektionsschnitt nach Kocher, Eröffnung der durch den eitrig-fibrinösen Inhalt stark gedehnten Kapsel, Luxieren des Kopfes, der tuberkulöse Herde zeigt, Resektion des Kopfes mittels Drahtsäge, Exstirpation der Gelenkkapsel, Lappenbildung aus dem Glutaeus maximus, Einbettung desselben in die oberflächlich abgemeisselte Pfanne, Reposition des Schenkelhalsstumpfes, Tamponade, Naht. Streckverband für 5 Wochen. Dann geringe aktive Bewegungen. 8 Wochen nach der Operation Aufstehen, nach weiteren 3 Wochen mit 2 Stöcken aus der Behandlung entlassen. Verkürzung um 4 cm, entsprechend dem Trochanterhochstand. 7 Monate nach der Operation kann der Mann täglich mehrere Stunden mit Hilfe eines Stockes gehen und kann leichte Arbeit verrichten. Aktive Beugung im Hüftgelenk 80°, Streckung bis 170°, Rotation um $^1/_2$, Abduktion um 20°, Adduktion völlig möglich. Ausser einer einmaligen Mobilisation des Beines in Aetherrausch hat A. den Pat. nicht nachbehandelt.

Ewald - Hamburg.

46) **O. v. Frisch.** Ein Fall von Coxa vara congenita.

Wien. klin. Wochenschr. 1908. Nr. 39.

Autor beschreibt einen typischen Fall des von Hoffa festgelegten Krankheitsbildes. An die mit Lichtbild und Röntgenaufnahme ausgestattete Krankengeschichte schliesst er eine Erörterung der Aetiologie an. Hoffa nimmt eine intrauterine Erkrankung des Knorpels der Epiphysenfuge am oberen Femurende an. Im Gegensatze dazu ist Verf. geneigt, an eine fehlerhafte Anlage zu denken, insbesondere deshalb, weil die Erkrankung öfters bei Gliedern einer Familie und mit anderen Bildungsanomalien zusammen vorkommt.

Spitzy - Graz.

47) **Lindenstein,** Zur Kasuistik seltener Luxationen des Schultergelenks, des Beckens und Hüftgelenks.

Beitr. z. klin. Chirurgie. Bd. 58. 3. S. 709.

Die Luxatio humeri retroglenoidalis infraspinata ist bisher erst 30 mal beschrieben worden. In dem Fall von L. lag ein Automobilunfall vor, der ausser der genannten Luxation noch



eine Fractura pelvis, costae VIII. d., Luxatio femoris et claviculae s. supraacromialis verursacht hat. Sämtliche Luxationen gingen ohne grosse Schwierigkeit einzurenken, das Resultat war bis auf eine fast absolute Steifigkeit im Schultergelenk ein gutes.

Bei einem anderen Pat. lag eine Luxation einer Beckenseite vor, bedingt durch Trennung und Dislokation der Symphysis oss. pub. und der Symphysis sacroiliaca. (Bisher 15 Fälle beschrieben.) Zunächst 3 wöchige Extension, dann Massage. Gutes Resultat.

Eine Luxatio femoris perinealis, die mit gutem Erfolge eingerenkt wurde, bietet für den Orthopäden nichts Besonderes.

Ewald-Hamburg.

48) **E. Streissler** (Graz). Ueber die operative Behandlung irreponibler vorderer Hüftluxationen.

Beitr. z. klin. Chirurgie. Bd. 58. S. 571.

Ein 14 jähriger Knabe akquirierte durch Fall eine vordere Hüftverrenkung, wie das Röntgenbild ergab, ein Luxatio obturatoria. Interessant war, dass schon 5 Wochen nach dem Unfall (Eintritt in die Klinik) ein halbmondförmiger Schatten zu sehen war als Ausdruck einer Knochenschale um den Kopf in einer neuen Lage. Bei unblutigen Repositionsversuchen frakturierte das Femur im oberen Drittel, daher 6 wöchige Extension nach Bardenheuer. Dann, 11 Wochen nach dem Unfall, blutige Reposition: Schnitt nach Kocher, das Freilegen der Pfanne schwierig, da sie vollständig mit Schwartenmassen ausgefüllt und überdeckt erscheint. Diese Schwarten müssen mit Raspatorium entfernt werden, bis der vollständig erhaltene Knorpel des Azetabulum blank vorliegt. Schwarten wahrscheinlich von der Kapsel herstammend. Reposition leicht. Heilung p. p. Gang gut. Ein jetzt aufgenommenes Röntgenbild zeigt die neugebildete Pfanne am Luxationsort noch deutlicher.

Ewald-Hamburg.

49) **Graetzer** (Görlitz). Zur Aetiologie der angeborenen Hüftgelenksverrenkung.

Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. XX, S. 148.

G. betrachtet das Vorkommen angeborener Nearthrosenbildungen bei der Luxatio coxae congenita als Beweis dafür, dass die Verrenkung bereits intrauterin vollendet sein muss. Für die Ursache einer derartigen Luxation sowie der Coxa valga hält Verf. eine intrauterin vorhandene Abduktionsstellung. Die Kraft aber, welche



die Abduktion veranlasst und fortwirkend die Luxation über den oberen Pfannenrand erzeugt, sucht er im Zug amniotischer Verwachsungen. Die gelegentliche Beobachtung von Spaltbildungen an den Kreuzbeinwirbeln und am Knochenkern des Schenkelkopfes scheinen G. das frühere Vorhandensein amniotischer Stränge zu beweisen. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

50) **G. A. Wollenberg** (Berlin). Littlesche Krankheit und Hüftluxation.

Berl. klin. Woch. 1908. Nr. 25, S. 1174.

Bisher sind 17 Fälle von Littlescher Krankheit, kompliziert mit Hüftluxation oder Subluxation, publiziert worden. W. hat 10 Little-Fälle wahllos röntgenographisch untersucht. Die Untersuchung ergab 3 komplette Luxationen, davon eine doppelseitige, ferner eine Subluxationsstellung der Schenkelköpfe. Auch die Pfannen zeigten verschiedene Grade von Veränderungen: Abflachung des Pfannendachs, Verdickung des Pfannengrundes u. s. w. W. meint im Gegensatz zu Gaugele (Typus III), dass die Luxation kein zufälliges Zusammentreffen darstelle, sondern durch Muskelspasmen entstanden gedacht werden müsse. Oefter konnte als Ausdruck des vermehrten Muskelzugs eine Verdickung des oberen Pfannendachs beobachtet werden. Weswegen es in dem einen Fall von Littlescher Krankheit zur Luxation kommt, im andern nicht, wissen wir nicht, doch vermutet W., dass die Stärke der Muskelspasmen massgebend ist und dass die Verteilung der Spasmen auf die Muskeln der unteren Extremität von Bedeutung ist.

Da die Häufigkeit der Entstehung einer Hüftluxation bei der Littleschen Krankheit erwiesen ist, muss man möglichst frühzeitig der Gefahr entgegentreten und tenotomieren. Ist einmal eine Luxation eingetreten, so soll man nicht — wie Gangele rät — auf eine Reposition verzichten, sondern diese vornehmen (1 mal Misserfolg, 1 mal anscheinend Heilung). Wenn die Fälle von Hüftluxation im Gefolge der Littleschen Krankheit auch die Möglichkeit der mechanischen Entstehung beweisen, so dürfte man doch nicht daraus einen sicheren Schluss auf eine mechanische Entstehung der kongenitalen Luxation ziehen. **Ewald**-Hamburg.

51) **Rivet** (Nantes). Ostéomyélite du grand trochanter et coxalgie. (Osteomyelitis des Trochanter maior und Coxitis.)

Annales de chir. et d'orthop. Bd. 21. Nr. 8. S. 228.

Bei einem jungen Mann von 17 Jahren hatte sich unter Erscheinungen, wie sie die Coxitis darbietet, eine chronisch verlaufende



Erkrankung entwickelt, welche die Differentialdiagnose zwischen Coxitis und osteomyelitischem Herd im Trochanter offen liess. Von einer Röntgenaufnahme steht nichts erwähnt. Erst ein operativer Eingriff, der durch Auftreten einer Temperatursteigerung veranlasst wurde, gab Aufschluss über das vorliegende Krankheitsbild. Es fand sich dabei ein Herd im Trochanter.

Verf. bespricht im Anschluss an diesen Fall die Diagnose beider Leiden, die wegen der vielfach ganz gleichen Symptome zeitweise recht schwierig sein kann.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

52) **Th. Walzburg** (Minden). Tenotomie des Musculus ileopsoas am Trochanter minor.

Münch. med. Woch. 1908. Nr. 41, S. 2134.

Bei einem Mann mit spastischer Spinalparalyse. bei dem an den unteren Extremitäten Kontrakturen schwerster Art bestanden (Spitzfuss, Beugekontraktur im Knie von 90°, in der Hüfte von 110°, Adduktorenspasmus), wurden in mehreren Sitzungen zahlreiche Tenotomien vorgenommen, auch die Adduktoren handbreit unterhalb des Ansatzes offen durchtrennt. Um die Hüftbeugekontraktur zu beseitigen, wurde dem Verlauf des Sartorius entsprechend ein schräger Hautschnitt von 15—20 cm Länge gemacht, stumpf in die Tiefe gegangen, die Vasa profunda doppelt unterbunden und schliesslich die Ileopsoas-Sehne am Trochanter minor durchtrennt (cave Art. circumflexa femoris). Der Zweck der Operation wurde völlig erreicht, doch kann W. über das Endresultat hinsichtlich Stehen und Gehen nichts aussagen, weil er Pat. aus den Augen verlor.

Ewald - Hamburg.

53) **G. Montandon** (Zürich). Le traitement des fractures diaphysaires de la cuisse et de la jambe.

Arch. gén. de Chirurgie. 1908, 8. S. 133.

Das Hauptgewicht muss bei der Frakturbehandlung auf die Beseitigung der Dislokation gelegt werden. Ob diese nun durch das Trauma direkt oder durch den Muskelzug sekundär entstanden ist, in jedem Fall wird sich die Muskulatur kraft ihrer Kontraktilität und Elastizität einer Reduktion der Fragmente entgegenstemmen. — Die Elastizität, als das wichtigste hemmende Moment sucht man durch die Dauerextension (Bardenheuer) zu bekämpfen. Dabei ist aber das von Ed. Weber gefundene Gesetz ausser Acht gelassen, dass der Muskel sich nicht wie ein unorganischer elastischer



Körper verhält, bei dem die Verlängerung gleichen Schritt mit der Stärke des ausgeübten Zugs hält, sondern dass er sich mit dem Wachsen des Zuges um so weniger verlängert, je mehr er schon gespannt ist.

Auf die Behandlung dislozierter Frakturen angewandt, bedeutet dieser Satz, dass es unnütz und schädlich ist, die Gewichtsmenge bei der Dauerextension ins Ungemessene zu steigern, weil damit nur die Weichteile zerrissen werden. Wenn man mit etwa 4 kgr. keine genügende Extension erzielt, ist es unnötig, Gewichte von 8—80 kgr. anzuwenden. Eine weitere Überlegung sagt, dass man eine um so grössere Verlängerung der Muskeln erhalten wird, je mehr diese erschlafft sind. Und diese Erschlaffung ist am grössten bei halber Flexionsstellung des Beins in Hüfte, Kniee und Sprunggelenk.

Nach diesen Gesichtspunkten hat Zuppinger Extensionsschienen oder vielmehr — Apparate für Unter- und Oberschenkelfrakturen konstruiert, die mit geringen Zügen (3 resp. 5 kgr) die Dislokation der Fraktur auszugleichen vermögen. (Eine Beschreibung im Referat ist ohne Abbildung nicht möglich.) Angefertigt werden die Schienen von Hausmann in St. Gallen. Die Resultate die mit denselben in der Klinik von Kroenlein erzielt wurden, sind ganz vorzüglich und die Methode soll allen andern überlegen sein. (Bei 35 Unterschenkelfrakturen nur einmal 2 cm Verkürzung, bei dreizehn Oberschenkelfrakturen viermal Verkürzungen von 1—2 ctm.)

Ewald-Hamburg.

54) **Graf** (Düsseldorf). Extensionsschiene für den Transport der Oberschenkelfraktur im Kriege.

Deutsche Militärärztl. Zeitschr. Bd. 37, S. 680.

Beschreibung einer Transportvorrichtung, bestehend aus einer kräftigen Cramerschiene, die seitlich an das frakturierte Glied angelegt wird und einerseits die Extension für die Knöchel trägt, welche aus einem Bindenzügel, der durch einen Knebel angezogen wird, besteht. Am anderen Ende der Schiene wird die Kontraextension befestigt, die am Damm angreift. Das ganze wird noch durch Bindeneinwicklung, eventl. einige Gipsbinden, fixiert.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

55) **Luxembourg.** Zur Kasuistik der traumatischen Epiphysenlösung am unteren Femurende.

Deutsche Zeitschr. für Chir. Bd. 89. H. 1—4. pag. 390.

Unter Anführung zweier ähnlicher Fälle aus der Litteratur wird ein Fall von totaler Lösung der unteren Femurepiphyse mit



Verschiebung derselben nach aussen mitgeteilt. Die Behandlung bestand nach Reposition in Narkose in Extensionsbehandlung und erzielte völlige Heilung. Das Röntgenbild bei der Entlassung zeigt die Femurepiphyse an normaler Stelle; Pat. war beschwerdefrei und konnte flott und sicher gehen. Eine Wachstumsstörung als Folge der Verletzung wird bei sofortiger Reposition ausgeschlossen und als Beweis dafür ein Fall angeführt, der im Jahre 1899 im Kölner Bürgerhospital wegen Epiphysenlösung behandelt wurde und bei der Nachuntersuchung 1907 keinen Unterschied in den unteren Extremitäten erkennen liess. **Lindenstein** - Heidelberg.

56) **Zuelzer** (Potsdam). Betrachtungen über die Behandlung des Genu varum infantile mit besonderer Berücksichtigung des O-Bein-Korrektionsapparates.

Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. XX, S. 160.

Zur Behandlung des Genu varum empfiehlt Z. einen von ihm angegebenen Apparat, der die häusliche Behandlung dieser Deformität ermöglichen soll. Er besteht aus einem Brett, auf dem die beiden Kniee durch den Zug einer umgeschlungenen Gummibinde einander genähert werden, während die Malleolen durch einen dazwischen liegenden Klotz auseinandergehalten werden. Die Kniee werden ausserdem durch eine übergreifende Spange in Streckstellung fixiert, weil die elastische Binde bei Beugung der Kniee unwirksam wird. Man kann auch den Apparat so einrichten, dass die Fusssohlen gegen einen dachförmigen Fussschlitten anstehen, sodass die Füsse in Supinationsstellung gedrängt werden. Will man eine Varusstellung der Füsse beeinflussen, so müssen die Flächen des Schlittens im umgekehrten Sinne geneigt sein.

Ottendorff - Hamburg-Altona.

57) **Luther.** Ueber Genu valgum, seine Behandlung und die Erfolge derselben.

Diss. Halle. 1908.

L. bespricht zunächst die Aetiologie des Genu valgum, sodann die verschiedenen Behandlungsmethoden, redressierende Gipsverbände, Apparate mit elastischem Zug, Redressement forcé, Osteoklase und Osteotomie, besonders die von Mac Ewen empfohlene keilförmige Osteotomie des Femur oberhalb der Epiphysenlinie. Die Resultate dieser Operation, wie sie in den Jahren von 1900 bis 1907 in der chirurgischen Universitätsklinik in Halle bei 31 Fällen zur Anwendung kam, werden mit den Krankengeschichten mitgeteilt.

Blencke-Magdeburg.



58) **Krempl.** Ueber Patellarfrakturen.

Diss. Erlangen 1908.

Nach einer Uebersicht über die Aetiologie und den Mechanismus der Patellarfrakturen sowie die verschiedenen Methoden ihrer Behandlung bringt Kr. eine Statistik über 12 Fälle aus der Erlanger chirurgischen Klinik, von denen die 7 blutig behandelten Fälle (Längsschnitt, Knochennaht mit Silberdraht, Naht der Weichteile mit Katgut, Gipsverband) das beste Resultat gaben.

Blencke-Magdeburg.

59) **Bilhaut** (Paris). Fracture de la rotule. Suture avec fils d'argent. Guérison. Die Behandlung des Kniescheibenbruches durch Naht mit Silberdraht.

Annales de chir. et d'orthop. Bd. 21. Nr. 8. S. 225.

Wenn auch die ligamentäre Vereinigung der gebrochenen Patella ein gutes funktionelles Resultat ergeben kann, so ist doch zur Erreichung eines vollen Resultats die knöcherne Vereinigung anzustreben. B. empfiehlt, prinzipiell die Patella mit Silberdraht zu nähen, ein Verfahren, das ihm und anderen gute Resultate ergab.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

60) **Aage Holm** (Aalborg). Om traumatiske Lidelser af Knæledsmeniskerne.

Afhandling for den medicinske Doktorgrad. Aalborg, 1908, Schultz.

Fleissige Sammlerarbeit über die Meniskusluxation im Kniegelenke. Die Kasuistik zählt 207 kurzbesprochene Fälle Die anatomischen Verhältnisse werden besprochen, leider mit Benutzung einer englischen Nomenklatur, die das Studium sehr erschwert. Neu ist die Theorie, dass diejenige Läsionsform, die am häufigsten vorkommt: das Abreissen des vorderen Teils des Meniskus von seiner Anheftung an der Tibia, durch aktive Kontraktion der Streckmuskulatur verursacht wird. Als Normal-Therapie wird die Total-Exstirpation des Meniskus empfohlen. **Panum**-Kopenhagen.

61) **Graf.** Einige Bemerkungen zur Zerreissung der Kniekehlengefässe.

Deutsche Zeitschr. für Chir. 90. Bd. H. 1—3. pag. 241.

Beschreibung eines einschlägigen Falles, der sich durch Sturz in einen $1^1/_2$ m. tiefen Graben ereignete. Der Befund sprach für eine Subluxation der Tibia nach hinten. Die Verletzung führte trotz sofort angelegter grosser Entspannungsschnitte zur Gangrän,



die die Amputation des Oberschenkels bedingte. Die A. poplitea fand sich dicht an der Gelenklinie fast völlig quer durchrissen. ebenso eine Vene; der Nerv ist intakt Die zur Erklärung des Mechanismus angestellten Leichenexperimente zeigen, dass die Luxation nach hinten keine Gelegenheit zu einer Gefässzerreissung gibt, mehr noch die Luxation nach vorn. Die Hauptgefahr für die Gefässe liegt in der Ueberstreckung, dementsprechend wird auch der vorliegende Fall gedeutet. **Lindenstein**-Heidelberg.

62) **Hashimoto** u. **Saito** (Japan). Erzielung tragfähiger Amputationsstümpfe durch Nachbehandlung nach H. Hirsch im japanisch-russischen Kriege 1904/05.

Arch. f. klin. Chir. Bd. 86, H. 3, S. 589.

Die Verf. hatten Gelegenheit, in 38 Fällen von Amputationsstümpfen der unteren Extremität das von Hirsch angegebene Verfahren zu erproben. Angewandt wurde ausser Hochlagerung der Beine und Massage (mehrmals täglich) Einpacken in Watte, Tretübungen 3 bis 4 mal täglich nebst nachfolgenden Freiübungen, Lysolbad jeden Abend und Steh- und Gehübungen mit einfacher Prothese (Stelzbein). Die in 5 bis 6 Monaten erzielte Gehfähigkeit war bei allen gut, sodass die Pat. sich ohne Schmerzen auf den Amputationsstumpf stützen konnten. Die Verf. empfehlen deshalb unter den schwierigen Verhältnissen des Schlachtfeldes die einfache Amputation mit Zirkelschnitt anzuwenden, während die Operationen, die einen primär tragfähigen Stumpf anstreben, bei günstigen Verhältnissen den Vorzug verdienen. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

63) **Alsberg** (Cassel). Beitrag und kritische Bemerkungen zur Apophysitis tibialis adolescentium.

Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. XX, S. 302.

Bei zwei Fällen von schmerzhafter Auftreibung der Tuberositas tibiae fand Verf. auf dem Röntgenbild Unregelmässigkeiten der Knochenform dieses Vorsprunges und Differenzen in der Breite der Knorpelfuge zwischen Fortsatz und Diaphyse. In dem einen Falle wurde auch bei dem operativen Eingriff festgestellt, dass es sich um eine entzündliche Veränderung der Tuberositas und nicht um eine Fraktur derselben handelte. Verf. glaubt aus den Röntgenbildern vieler bisher veröffentlichten Fälle von Absprengung der Tuberositas entnehmen zu dürfen, dass es sich auch dabei nicht um eine Fraktur, sondern um einen entzündlichen Vorgang handele, besonders da aus den Berichten fast niemals ein Trauma als Ursache einer Fraktur festzustellen sei. **Ottendorff** - Hamburg - Altona.



64) **Hentschel.** Ueber Wachstumsstörungen am Unterschenkel nach akuter Osteomyelitis.

Diss. Jena 1908.

H. hat die nach akuter Osteomyelitis am Unterschenkel vorkommenden Wachstumsstörungen, die bisher in der Literatur beschrieben sind, zusammengestellt und folgende Hauptgruppen gefunden: I. Verkürzungen der erkrankten Knochen, II. Verlängerungen, III. Defekte, IV. Pseudarthrose und V. Verbiegungen und Deformitäten. Er fügt einen weiteren Fall aus der Jenaer chirurg. Poliklinik hinzu, bei dem sich nach akuter Osteomyelitis der Tibia bei einem 3 Jahre alten Kinde eine starke seitliche Verbiegung von tibia und fibula ausgebildet hatte. **Blencke**-Magdeburg.

65) **Bilhaut** (Paris). Fracture de la jambe au tiers inférieur compliquée de luxation du pied. Réduction des deux lésions sous le contrôle de l'écran fluorescent. Guérison idéale au point de vue de la forme et de la fonction. (Bruch des Unterschenkels im unteren Drittel nebst Luxation des Fusses. Reposition beider Verletzungen unter Kontrolle auf dem Durchleuchtungsschirm. Ideale anatomische und funktionelle Heilung.

Annales de chir. et d'orthop. Bd. 21, Nr. 7, S. 193.

Verf. weist auf die Vorteile hin, welche die Beobachtung auf dem Leuchtschirm für die Reposition der Frakturen und Luxationen habe. Das anatomische und funktionelle Resultat war bei dieser Fraktur, die nach der Reposition im Gipsverband fixiert wurde, ein vorzügliches. Der Nachbehandlung mit Massage schreibt B. ein gut Teil des funktionellen Erfolges zu.

Ottendorff - Hamburg-Altona.

66) **Blenke** (Magdeburg). Bemerkungen über den Calcaneussporn.

Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. XX. S. 363.

B. hat ein sehr reichhaltiges Material in diesem Artikel bearbeitet. Trotzdem bezeichnet er den Calcaneussporn als eine seltene Affektion, die schmerzlos verlaufen kann, meistens aber Beschwerden macht. Die Ursache plötzlich auftretender Beschwerden kann ein Trauma sein oder irgendwelche Reizzustände. Gelegentlich entwickelt sich der Sporn bereits im Wachstumsalter, meistens aber später, wobei aller Wahrscheinlichkeit nach Gonnorrhoe, Arthritis und Arteriosklerose eine Rolle spielen. Von der Calcaneusepiphyse geht der Sporn sicher nicht aus, da sein Sitz nicht dem der Epiphyse entspricht und ausserdem gleichartige Bildungen an

6



anderen Stellen des Calcaneus auftreten können. Ein einseitiges Vorkommen lässt mit Sicherheit darauf schliessen, dass es sich um einen pathologischen Befund handelt, um eine Osteophytenbildung, die ja an dieser Stelle, die allerlei Insulten ausgesetzt ist, sehr erklärlich ist. Verf. ist der Ansicht, dass die Ätiologie keineswegs einheitlicher Natur ist, sondern dass mancherlei Ursachen zur Bildung eines Sporns resp. zum Auftreten der Beschwerden führen können. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

67) **Kirchner.** Hochgradiger Spitzfuss infolge von nicht reponierter Luxation des Talus nach vorn-aussen. Ein Beitrag zur Kenntnis der Talusluxation. Die Frakturen des Sustentaculum tali.

Deutsche Zeitschr. für Chir. Bd. 90. H. 1—3. pag. 132.

Genaue Beschreibung eines Präparates mit der oben bezeichneten Verletzung aus der Göttinger anatom. Sammlung und Versuch, den Mechanismus durch den Befund zu erklären. Ein am Talus vorhandener beweglicher Prozess. post. gibt Veranlassung zur genauen Analysierung dieses Befundes; ebenso wird die Anatomie und Struktur des Sustentaculum tali erörtert.

Auf Grund der eingehenden Untersuchungen schliesst Verf. dass die Talusluxation nach vorn durch eine plantarflektierend wirkende Kraft erfolgt und kombiniert ist mit einer Fraktur des hinteren Talusendes. Die Luxation nach hinten entsteht durch eine dorsalflektierende Gewalt und ist kompliziert mit einer Fraktur im Talushals. Die Beteiligung des Bandapparates, bes. des lig. talocalcan. interosseum ist für das Zustandekommen der Luxation von Bedeutung.

Das Sustentaculum tali bietet dank seiner Strukturverhältnisse einwirkenden Gewalten bedeutenden Widerstand; Frakturen desselben sind daher Seltenheiten. **Lindenstein**-Heidelberg.

68) **Nieny** (Schwerin). Studien über das Schuhwerk der Plattfüssigen.

Zeitschr. f. orthop. Chir. XX. Bd., S. 520.

Verf. betont, dass man speziell bei Einlagen sich ganz nach der Individualität des zu behandelnden Fusses richten müsse. Schnürstiefel, breiter niedriger Absatz sind selbstverständliche Bedingungen. Um ein Durchtreten des sog. Gelenks zu verhüten, verwendet N. flache Stahlstreifen, die in die Sohle eingelegt werden. Die Valgus-

stellung des Fusses wird beseitigt durch Erhöhung der Sohle und des Absatzes auf der Innenseite, doch muss dann auch das Oberleder dementsprechend geschnitten sein. Man kann das Gelenk auch in geeigneten Fällen aus stärkerem Leder machen, welches nach einem Gipsmodell gewalkt ist. An Einlagen verwendet N. solche aus Durana, für Kinder die Langeschen Zelluloideinlagen. Auch die, die ganze Fusssohle umfassenden Einlagen aus gewalktem Leder mit Verstärkung durch Stahlstreifen, sowie Einlagen aus Kork sind gelegentlich von Nutzen. Ebenso sind die Hoffaschen hoch hinaufgehenden Ledereinlagen bei empfindlichen Fersen zu empfehlen. Die Gipsmodelle werden bei völlig nachgiebigen Füssen in unbelastetem Zustand angefertigt, bei deformierten Füssen kann man nicht voll korrigieren. N. lässt die Pat. unter Benutzung einer um 15° geneigten Ebene auf ein mit Gips gefülltes flaches Säckchen auftreten, welches durch Bindenzügel auf der Innenseite des Fusses gegen die Fusswölbung angepresst wird und so teilweise redressierend wirkt.

Ottendorff - Hamburg - Altona.

Kongressberichte, Vereinsnachrichten etc.

69) II. Kongress der ungarischen Gesellschaft für Chirurgie 1908.

D. Balás (Budapest). Operativ behandelte Fälle von Hüftgelenks- und Kniegelenks-Ankylosen.

In den zwei von B. mitgeteilten Fällen entstand die Ankylose auf der Basis einer Polyarthritis. Durch Osteotomien, redressierende Verbände und entsprechende Nachbehandlung stellte er die Gehfähigkeit wieder her.

J. Boross (Szeged). Die Erfahrungen mit den Spenglerschen Impfungen in Fällen chirurgischer Tuberkulose.

Die Erfahrungen von B. mit den Spenglerschen Impfungen erstrecken sich auf 47 Fälle; darunter figurieren Haut-, Knochen-, Gelenks- und Peritonealtuberkulose. 40% der Kranken sind geheilt.



M. Chudovszky (Sátoralja-Ujhely). Ueber osteoplastische Operationen nach der Exstirpation osteogener Geschwülste der oberen Extremität.

Ch. ersetzte den Defekt der Ulna mit dem Stücke einer Rinder-Tibia; bei einer Nachuntersuchung 3 1/2 Jahre später erwies sich das funktionelle Resultat als vollkommen.

Lässt sich der Defekt nicht ersetzen, so passt Ch. die zu langen Sehnen durch Querfältelung dem Knochendefekt an.

J. Dollinger (Budapest). Die Knochen- und Gelenks-erkrankungen im Röntgenbilde.

An der Hand von 200 Röntgenbildern besprach D. die Frakturen und Luxationen der verschiedenen Knochen, die akuten und chronischen Entzündungen der Knochen und Gelenke sowie deren Folgen, die Kontrakturen und Ankylosen. Eine Demonstration von selteneren Knochentumoren im Röntgenbilde schloss den Vortrag.

Dollinger würdigte zugleich bei den verschiedenen Erkrankungen die an seiner Klinik üblichen Methoden und besprach die erreichten Resultate an der Hand von Röntgenbildern.

M. Horváth. Die Röntgenographie des Hüftgelenkes.

Horváth demonstrierte an 33 Röntgenogrammen die Anatomie des Hüftgelenkes; zugleich lieferte er Beiträge zur Pathologie der kongenitalen Hüftgelenksluxation. (Die Arbeit wird in der Zeitschrift für orthopädische Chirurgie XXII. Bd. erscheinen.)

E. Kopits (Budapest). Zwei Fälle von Subluxatio coxae.

Die Aetiologie der Luxation betreffend neigt Kopits zur Annahme einer primären Formstörung des Acetabulums; da jedoch intrauterine mechanische Momente fehlten, wurde die Luxation zu keiner vollständigen.

Die Therapie bestand aus einem Mieder mit Stahlpelotten nach Dollinger; dasselbe verhindert ein Höherrücken des Schenkelkopfes.

P. Kuzmik (Budapest). Die Resultate der Spenglerschen Impfungen in Fällen chirurgischer Tuberkulose.

Kuzmik versuchte die Spenglerschen Impfungen in 21 Fällen. Geheilt sind 7 (33,33 %), gebessert 5 (23,80 %), unverändert blieben 7 (33,33 %) und eine Verschlimmerung zeigten 2 (9,52 %) Fälle. Eine wirkliche Heilung kann nur in beginnenden Fällen erzielt werden. Die Resultate der Etappenbehandlung sind besser.

Horváth-Budapest.



70) **Poncet** (Lyon). Société de chirurgie de Paris. 1. Juli 1908 und 29. Juli 1908.

Gazette des hôpitaux. 1908. Nr. 76, p. 909. Nr. 89, p. 1065.

La tuberculose inflammatoire.

P. verteidigt seine Anschauung über die tuberkulöse Natur gewisser Gelenkerkrankungen, wenn er auch direkte Beweise — histologische und experimentelle — schuldig bleiben muss. Er hält im Gegensatz zu Tuffier diese Art der Gelenkerkrankung für ausserordentlich häufig und führt als Analogon die Pleuritis an, deren tuberkulöse Entstehung auch ohne Nachweis von Bazillen allgemein angenommen werde. So handele es sich bei seinen Fällen von chronischer Gelenkerkrankung (Rheumatismus) um „abgeschwächte Tuberkulose.“ — Auch den Zusammenhang der Rhachitis und der Skoliose mit der Tuberkulose würde heute keiner mehr leugnen. Er bleibe durchaus bei seiner Meinung.

In der Diskussion bemerkt Quénu, dass er schon lange vor P. bei einigen trockenen Arthritiden den tuberkulösen Ursprung vermutet habe. Wenn aus einer einfachen Arthritis einmal eine tuberkulöse wird, so ist dies noch kein Beweis, dass jede Arthritis von vornherein tuberkulös ist. Jedenfalls steht der wissenschaftliche Beweis vorläufig noch aus.

Auch Broca glaubt, dass die theoretischen Schlussfolgerungen P.'s falsch sind: Wenn es auch Tatsache ist, dass von 100 Leichen 79,5 tuberkulös gefunden werden, so darf doch nicht jede Krankheit eines Tuberkulösen auf die Tuberkulose zurückgeführt werden. Mit demselben Recht könnten alle Krankheiten durch die Gonorrhoe, die ja jeder einmal gehabt habe, zustande gekommen erachtet werden.

Auch Reclus und Delbet fordern Beweise.

Kirmisson vermisst die Aufstellung eines genau charakterisierten Krankheitsbildes, die um so notwendiger ist, als pathologisch-anatomische und bakteriologische Beweise fehlen. Die Annahme, dass Rhachitis und Skoliose und Tarsalgie mit Tuberkulose etwas zu tun haben, weist er zurück.

Diesem Urteil schliesst sich Broca an; die Beweise der Freunde Poncets seien nicht stichhaltig. **Ewald** - Hamburg.

71 **Poncet** (Lyon). Société médicale des hôpitaux. Paris, 3. Juli 1908.

Gazette des hôpitaux 1908. Nr. 77, p. 919.

Rhumatisme tuberculeux.

Im Anschluss an einen Bericht von Souques über 4 Fälle von chronischem Gelenkrheumatismus konstatiert P., dass nach der



Sektion 2 tatsächlich tuberkulös waren. Es handelte sich also um einen tuberkulösen Rheumatismus von ankylosierendem Typus. — 50% aller chronischen Gelenkrheumatismen haben die Tuberkulose zur Ursache. (!) **Ewald**-Hamburg.

72) **Souques.** Société médicale des hôpitaux. Paris, 26. Juni 1908.
Gazette des hôpitaux 1908. Nr. 74, p. 884.

Rhumatisme chronique avec autopsie; ses rapports avec la tuberculose.

S. hat bei 4 Fällen von langjährigen Rheumatismen mehrerer Gelenke mit Kontrakturen und Versteifungen die Sektion gemacht (2 Fälle an Lungentuberkulose zu Grunde gegangen) und konnte in keinem Fall den Zusammenhang der Gelenkerkrankung mit Tuberkulose nachweisen. Tuberkel wurden in den Gelenken nie gefunden. Auch die Fälle mit Lungentuberkulose haben auf Tuberkulin nicht reagiert, weshalb S. die Reaktion für nicht spezifisch hält.

Ewald-Hamburg.

73) **Tixier.** Société de chirurgie de Lyon. März 1908.
Arch. gén. de Chir. 1908. Nr. 7, S. 51.

T. stellt einen Fall mit lokalisierter (limitée) tuberkulöser Osteomalacie vor, dem zuerst wegen Sprunggelenkskaries der Fuss amputiert wurde. Da eine Fistel persistierte, so wurde, da die Tibiamarkhöhle sich mit Fungusmassen erfüllt erwies, das Knie exartikuliert. Die Knochen erwiesen sich als gracil, brüchig und „osteomalacisch".

Bérard fragt, ob im Mark wirkliche Tuberkel zu konstatieren waren, da die Osteomalacie ohne Tuberkulose manchmal von selbst ausheilt.

Gangolphe hat, wie Tixier, einen Fall von tuberkulöser Osteomyelitis beobachtet, doch einen deutlichen Unterschied von dem hochroten osteomalacischen Mark gefunden; der tuberkulöse Knochen ist allerdings osteomalacisch, die andern dagegen sind konsistenter als die übrigen.

Nové-Josserand hatte keine Amputation gemacht, sondern die Markhöhle der Tibia ausgekratzt und dieselbe plombiert.

Gayet behauptet nach histologischen Studien, dass die Knochenerweichung, wie sie bei der Tuberkulose lokalisiert vorkommt, identisch derjenigen bei echter Osteomalacie ist.

Ewald-Hamburg.



74) **Pielstecker.** Aerztlicher Verein Hamburg (Biolog. Abt.) 27. X. 1908.

Ueber Nekrose und Regeneration des Muskels nach Quetschung.

Das Muskelpräparat, das demonstriert wird, ist der Deltoideus einer epileptischen Frau, die an einer interkurrenten Krankheit einige Wochen nach einer Schulterquetschung starb. Zu Lebzeiten war die Schultergegend schmerzhaft und geschwollen. Eine Fraktur am Schultergelenk lag nicht vor. Der Deltoideus zeigte makroskopisch neben teilweisen Hämorrhagien gelbe und rote Streifung, die auf teilweise Degeneration der Muskelfasern hindeuten. Mikroskopisch hatten diese Stellen ihre Querstreifung verloren, hatten sich in Längsfibrillen aufgelöst, bildeten Klumpen und Schollen, an einigen Stellen zeigte sich sogar beginnende Verkalkung. Reine Entzündungserscheinungen bestanden nur in ganz geringem Grade an den Gefässen. Daneben bestanden aber an anderen Stellen Zellwucherungen als Zeichen der Regeneration. P. ist der festen Ueberzeugung, dass der Muskel, wenn das Individuum länger gelebt hätte, wieder ein völlig normales Aussehen bekommen haben würde. Er meint, dass bei vielen nicht allzu schweren Traumen wohl Nekrosen auftreten, aber nach einiger Zeit durch Regeneration der Muskelfasern wieder völlig verschwinden.

In der Diskussion bemerkt Fränkel, dass das Präparat zeige, dass unter „Quetschung" nicht einfach hämorrhagische Infiltration zu verstehen sei, sondern tiefgehende nekrotische Vorgänge neben sofortiger Neubildung auftreten.

Praktisch sind die Untersuchungen P's äusserst wichtig, denn sie erklären, weshalb nach Traumen noch nach Wochen und Monaten Schwächezustände und Schmerzen bestehen, obwohl man objektiv nichts finden könnte. Es gingen hier eben viele Muskelfasern zu Grunde und im Anschluss daran trete dann die Regeneration ein.

Ewald - Hamburg.

75) **Cornil.** Académie de médecine de Paris April 1907.

Revue de chir. 1907. Nr. 6.

C. berichtet über die Myositis ossificans traumatischen Ursprungs. Von den beiden Theorien — Ausgang vom Periost oder Entstehung im Muskel selbst — scheint ihm die zweite besser die path. Erscheinungen des Myosteoms zu erklären. Es fragt sich, ob die Knochenbildung vom Bindegewebe des Muskels oder von den Muskelfibrillen ausgeht. Beides wird behauptet. C. hat aber



Versuche an Hunden vorgenommen, hat Perioststücke in den Muskelbauch implantiert und bewiesen (?), dass der Knochen sich vom Bindegewebe aus bildet.

Benjamin hat Muskelosteome beim Pferde beobachtet, die ihren Sitz in der Gesässaponeurose hatten. **Ewald** - Hamburg.

76) **Nové-Josserand.** Société de chirurgie de Lyon. März 1908.
Arch. gén. de Chir. 1908. Nr. 7, S. 51.

N.-J. demonstriert ein Kind, bei dem er eine Spina ventosa nach gründlicher Exkochleation plombiert hatte. Trotzdem ein Teil der Jodoform - Walratmischung eliminiert wurde, vollzog sich die Vernarbung sehr schnell.

Gangolphe betont die Wichtigkeit der Plombierung für die Knochen - Neubildung. Er glaubt sogar an eine Reizung der Epiphysenlinie zum vermehrten Wachstum, sodass n. N. eine Verkürzung des erkrankten Knochens ausgeglichen werden kann.

Bérard hat häufig eine Ausstossung der Plombe beobachtet.

Vignard will von der eigentlichen Plombierung (Ausfüllen der Höhle und Weichteilnaht) die Methode von Mosetig getrennt wissen (Ausfüllen der Höhle ohne Naht). In letzterem Fall wird die Plombe allmählich ausgestossen und beschleunigt nur die Narbenbildung. **Ewald** - Hamburg.

77) **Schreiber.** Medizinische Gesellschaft zu Magdeburg. 30. April 1908.
Münch. med. Woch. 1908. Nr. 37, S. 1954.

Schr. berichtet über seine Erfahrungen mit Fibrolysin: Für den Orthopäden sind seine guten Erfolge bei der Narben- und Arthritisbehandlung interessant. Injiziert wurde zweimal wöchentlich, nach 15 Injektionen wurde eine längere Pause gemacht und dann eventuell von neuem begonnen. Da das Fibrolysin die Narben nur aufweicht, so ist Massage sowie Uebungen durchaus erforderlich.
Ewald - Hamburg.

78) **Boettiger** (Hamburg). Altonaer Aerztlicher Verein. 6. Mai 1908.
Münch. med. Woch. 1908. Nr. 36, S. 1901.

Nach einem historischen Ueberblick gibt B. an der Hand von Krankengeschichten ein Bild des Symptomenkomplexes der traumatischen Gelenkneurose: häufig neuropathische Veranlagung, Chlorose oder Anämie nach geringem Trauma entstehend, Gefühl der Machtlosigkeit in dem betroffenen Gelenk, meist keine Druck-

punkte, Schmerzen teils neuralgisch (dann von Ruhe und Bewegung unabhängig), teils neurotisch (in der Ruhe nachlassend). Röntgenographisch nichts zu finden, auch nicht die Sudecksche Knochenatrophie. Am auffallendsten ist die schnell einsetzende Atrophie der Strecker. Daneben Veränderung der Haut (Faltung), weiter Hypalgesie und Thermhypästhesie. Elektrisch erweist sich der Hautwiderstand enorm, oft auf das Doppelte gesteigert. Die galvanische Erregbarkeit der Muskeln erweist sich jedoch als normal, nicht als „herabgesetzt", wie es in den Publikationen immer heisst.

Die Verwandtschaft mit den sog. arthrogenen Muskelatrophien ist offenbar, nur dass hier eben die Arthritis das Krankheitsbild in erster Linie beherrscht. B. möchte aus beiden eine klinische Einheit gemacht wissen. Entstehung reflektorisch-trophisch (traumatische Gelenktrophoneurose).

An eine hysterische Gelenkerkrankung ist immer zu denken.

Ewald - Hamburg.

79) v. **Baeyer.** Aerztlicher Verein München. 6. Mai 1908.

Münch. med. Woch. 1908. Nr. 36, S. 1905.

v. B. demonstriert ein skoliotisches Kind mit Halsrippe. Er erörtert kurz den Begriff der numerischen Variation der Wirbelsäule. Es kann nicht nur ein Wirbel variieren, sondern meist ist ein ganzer Abschnitt der Wirbelsäule kopf- oder kaudalwärts um 1—2 Wirbel verschoben. **Ewald** - Hamburg.

80) **Schulthess.** Aerzteverein in Zürich 1907.

Arch. génér. de Chir. 1908. Nr. 7, S. 59.

Sch. warnt vor der schematischen Behandlung der Skoliose, wie sie seit den Klappschen Veröffentlichungen beliebt wird. Die Klappsche Methode hat folgende Fehler:

1. sie kann nicht lokalisieren;
2. nur die Muskulatur des Schultergürtels hat Nutzen von den Uebungen; die Wirbelsäule wird beim aufrechten Stehen mehr belastet als früher;
3. die Wirbelsäule wird nicht den normalen statischen Bedingungen unterworfen;
4. die Resultate sind nicht besser als mit den schon bestehenden funktionellen Methoden.

Demonstration seines Inklinationsapparates.

Ewald - Hamburg.



81) **Vignard.** Société de chirurgie de Lyon. März 1908.
Arch. gén. de Chir. 1908. Nr. 7, S. 51.

V. stellt 3 Spondylitisfälle vor, die er mit Zelluloidkorsetts immobilisiert hat.

Nové-Josserand zieht die Liegebehandlung der ambulatorischen vor.

Derselben Meinung ist Gangolphe, der jedoch gern Zelluloidkorsetts bei der Skoliose anwendet. **Ewald** - Hamburg.

82) **Jackson Clarke** (London. 76. Jahresversammlung der British medical-association in Sheffield. 29.—31. Juli 1908.
Münch. med. Woch. 1908. Nr. 37, S. 1957.

C. spricht über die Behandlung der tuberkulösen Spondylitis. Vor allem kommt Ruhe (Gipsbett u. s. w.) in Frage. Korsetts aus Gips oder Filz verwirft er. Abszesse sind zu eröffnen; Lähmungen werden meist durch extradurale Abszesse hervorgerufen, sie sind in allen dringenden Fällen sofort zu öffnen; in chronischen dann, wenn Ruhe im Stich lässt. Er hat mit der Oeffnung der Abszesse sehr gute Erfolge erzielt. (Leider keine Angaben über Heilung der Spondylitis selbst.) **Ewald** - Hamburg.

83) **Steinthal.** Aerztlicher Verein in Stuttgart 7. V. 1908.
Deutsche med. Wochenschr. 1908. Nr. 38, S. 1654.

Enchondrom aus dem rechten Humerusschaft.

Der Tumor war innerhalb 2 ½ Jahren in der Gegend des Collum chir. herangewachsen, zeigte derbe Konsistenz und grobgelappte Oberfläche. Wie das Röntgenbild zeigte, wuchs der Tumor aus dem Knochen heraus, war aber deutlich gegen den gesunden Knochen abgegrenzt; das Periost ging glatt auf den Tumor über. Exstirpation des Tumors. Völlige Funktion des Arms.

Ewald - Hamburg.

84) **Brandes.** Medizinische Gesellschaft in Giessen 21. Juli 1908.
Münch. med. Wochenschr. 1908. Nr. 38, S. 1653.

Myositis ossificans traumatica des musc. brachialis internus.

In 2 Fällen trat nach Ellenbogengelenksluxation eine Myositis ossificans auf, deren Auf- und Abbau aus Röntgenbilderserien deutlich zu ersehen ist. Im ersten Fall trat nach zu frühzeitiger Exstirpation der Verknöcherung ein Rezidiv auf, das etwa 1 Jahr nach der Verletzung mit gutem Erfolg entfernt wurde.

Ewald - Hamburg.



85) **Hermann.** Aerztlicher Verein in Stuttgart 7. V. 1908.
Deutsche med. Wochenschr. 1908. Nr. 38, S. 1654.

Myositis ossificans im Brachialis internus nach frisch eingerichteter Luxatio cubiti posterior.

Auf dem ersten Röntgenbild ist ein schwacher Schatten im unteren Drittel des brachialis int. zu sehen; klinisch kein Befund. Nach 5 Monaten scharfer zweizipfliger Schatten mit Basis in der Nähe des Processus coronoideus ulnae. Klinisch jetzt kleine harte Geschwulst in der Ellenbeuge, Bewegungsstörungen, Schmerzen beim Arbeiten. 1 1/2 Jahr nach der Einrenkung scharfer Knochenschatten, in allen Dimensionen zurückgegangen. Da aber die Funktionsstörung zugenommen hat, wird das Knochenstück, das kein Periost trägt und dem proc. coronoideus fest aufsitzt, entfernt; der Knochen ist spongiös. 2 Monate nach der Operation zeigt sich die Intaktheit des Skeletts und kein Rezidiv. **Ewald**-Hamburg.

86) **Blencke.** Medizinische Gesellschaft zu Magdeburg. 2. April 1908.
Münch. med. Woch. 1908. Nr. 36, S. 1904.

B. zeigt die Röntgenaufnahme eines 6jährigen Mädchens, bei dem nach dem Gang eine doppelseitige Hüftluxation vermutet werden konnte. Das Bild ergab die normale Stellung der Köpfe, aber Coxa valga. Nach B.'s Meinung lag eine sog. Anteversion im oberen Drittel des Femur vor, die bedingt war durch das Ueberwiegen gewisser Muskelgruppen über die infolge einer in frühester Jugend durchgemachten Poliomyelitis ant. gelähmten Antagonisten. **Ewald**-Hamburg.

87) **Tixier.** Société de chirurgie de Lyon. März 1908.
Arch. gén. de Chir. 1908. Nr. 7, S. 49.

T. hat eine Schenkelhalsfraktur, die trotz Extensionsverband nicht konsolidieren wollte, operativ behandelt. Die Frakturenden wurden angefrischt, dann am Bein ein starker Zug ausgeübt und die Fragmente mittels eines Elfenbeinstifts fest vereinigt. Gips- und Extensionsverband auf ca. 100 Tage. Gehversuche nach 140 Tagen begonnen. Jetzt gutes Resultat, normale Beweglichkeit in den Gelenken. (Die 3 1/2 stündige Operation hatte den Pat. sehr angegriffen.)

In der Diskussion stellt

Bérard zunächst eine leichte Coxa vara fest. Die übertriebene Extension verwirft er von einem gewissen Alter ab. Im vorliegenden Fall wäre die Lorenzsche Schraube, sofort nach dem Unfall angewandt, nützlich gewesen.



Gangolphe hat ein sehr gutes Resultat durch die „Trochanteroplastie“ erzielt; Anfrischung des Femurhalses und Trochanters. Die Prognose bei der operativen Behandlung der Schenkelhalsfrakturen soll sich nach der Stärke des Zugs, den man anwenden muss, richten. Ist dieser sehr stark, so hat er Muskelzerreissungen und Haematombildungen zur Folge. **Ewald** - Hamburg.

88) **Höring.** Aerztlicher Verein in Stuttgart 7. V. 1908.

Deutsche med. Wochenschr. 1908. Nr. 38, S. 1654.

Typische Rissfraktur am Condylus int. femoris.

Aeusserlich ist am Knie nichts Krankhaftes nachzuweisen. In Röntgenbild aber deutlich vorspringender Schatten, der dem proc. sup. condyli int. entspricht. Abreissung jedenfalls durch Muskelzug. Dadurch die monatelang andauernden Beschwerden erklärt.

In der Diskussion bemerken bezügl. der Therapie Feldmann und Steinthal, dass sie meist mit einer Kniekappe ausgekommen seien. Hofmeister hat die Exstirpation des Knochenstücks mit gutem Erfolg vorgenommen. Häufiger seien aber zweifellos die Zerreissungen der Bandscheibe, von denen er eine grosse Anzahl mit gutem Resultat operiert habe. Die Diagnose ergebe sich aus der zirkumskripten Druckschmerzhaftigkeit. Nast-Kolb erinnert an die Sauerstoffeinblasungen in das Kniegelenk.

Ewald - Hamburg.

89) **Schulthess.** Aerztlicher Verein in Zürich 1907.

Arch. génér. de Chir. 1908, 7, p. 59.

Sch. hat bei 4 Kindern, denen unter anderen Muskeln der Quadrizeps gelähmt war, eine bedeutende Besserung im Gang (Möglichkeit das Bein im Knie zu strecken) dadurch erreicht, dass er einen Teil der Fascia lata an die Tuberositas tibiae oder die Patella fixierte. **Ewald** - Hamburg.

90) **Nové-Josserand.** Société de chirurgie de Lyon. März 1908.

Arch. gén. de Chir. 1908. Nr. 7, S. 49.

N.-J. stellt einen Pat. vor, der nach Tuberkulose eine rechtwinklige Ankylose eines Kniegelenks davongetragen hatte. Es wurde nach dem Vorschlage von Kruckenberg eine doppelte Osteotomie gemacht. Das Resultat war ein sehr gutes, die Verkürzung, die bei der typischen Resektion 5—6 cm betragen hätte, war nur unbedeutend, und die Operation an sich war einfacher.

Ewald - Hamburg.



91) **Gangolphe.** Société de chir. de Lyon 11. und 18. April 1907.
Revue de chir. 1907. Nr. 5.

Entorse du genou par abduction.

Bei dem Mann, der vor 27 Jahren einen Unfall erlitten hat, bestehen seitdem die Folgen eines Abrisses des lig. lat. int.: Schmerzen an dieser Stelle, abnorme seitliche Beweglichkeit, Hydarthros. — Gewöhnlich wird falsch behandelt, weil man die Erkrankung nicht erkennt. Man sollte lange immobilisieren (30—40 Tage Bettruhe, dann Steifstellen mit einer Knieschiene — Massage). Operiert hat G. in solchen Fällen noch nicht. Die Prognose ist immer dubia. — Auch Gayet und Bérard sind derselben Meinung. Letzterer hat einmal einen Abriss des inneren Tibiakondylus gesehen und mit Immobilisation in Gipsschiene behandelt.

Vincent hat die Arthrotomie gemacht und mit gutem Resultat ein Knochenknorpelstück entfernt.

Bérard teilt die „Distorsionen des Kniegelenks“ in 4 Abteilungen:

1. Fibulafraktur mit Zerquetschung des Tibiaknorpels; 2. Fissur des Tibiaknorpels mit Deviation des Unterschenkels nach innen; 3. Abriss des inneren Tibiakondylus; 4. keine Knochenverletzungen.

Ewald-Hamburg.

92) **Hagen.** Aerztlicher Verein in Nürnberg 16. Juli 1908.
Münch. med. Wochenschr. 1908. Nr. 39, S. 2064.

H. demonstriert einige photographische Aufnahmen von Patienten mit X- und O-Beinen vor und nach der Behandlung. Letztere bestand immer in einer Osteotomie, entweder — wenn der Kniegelenksspalt horizontal verlief — an der Tibia, sonst am Femur. Hier muss man darauf achten, dass die Osteotomie (nach Mac Ewen) nicht zu hoch angelegt wird, da sich sonst leicht eine unschöne Stellung der frakturierten Knochen einstellt. In schweren Fällen muss man zweizeitig an Femur und Tibia osteotomieren. Die Nachbehandlung muss vor allem die Erhaltung bezw. Wiederherstellung normaler Funktion im Auge haben.

Ewald-Hamburg.

93) **König** (Altona). Aerztlicher Verein im Hamburg 6. X. 1908.

Demonstration einer Unterschenkelschiene, die eine Verbesserung der Volkmannschen T-Schiene darstellt. Der Fussteil ist nach Art einer Plattfusseinlage geformt, so dass ein festes An-



bandagieren des Fusses möglich ist, dabei aber trotzdem Bewegungen der Zehen gewährleistet werden. Ferner bleibt die Fersen- und Knöchelgegend, sowie das untere Drittel des Unterschenkels frei, so dass einerseits ein Decubitus verhütet, andererseits eine Massage der oben genannten Teile möglich wird. Preis zirka 15 Mark.

Ewald - Hamburg.

94) **H. v. Baeyer.** Aerztlicher Verein München. 6. Mai 1908.
Münch. med. Woch. 1908. Nr. 36, S. 1905.

v. B. zeigt an einem Kind, an dem ausser Atrophie und Verkürzung eines Beines ein starker Pes valgus auffällt, den kongenitalen Defekt des Fibula und des V. Fussstrahls. Keine Narben, daher nach Ansicht des Vortr. keine Abschnürung, sondern Druck in der Fötalzeit. v. B. erinnert an die Versuche von Lucksch, der durch Einschieben von Deckglasssplitterchen in ein ausgebrütetes Hühnerei die Ausbildung ganzer Extremitäten verhindern konnte.

Therapie: Vorläufig Schiene, später Arthrodese in Spitzfussstellung.

Ewald - Hamburg.

95) **Blencke.** Medizinische Gesellschaft zu Magdeburg. 2. April 1908.
Münch. med. Woch. 1908. Nr. 36, S. 1904.

B. demonstriert die Röntgenbilder eines Falls von Arthropathia tabica des Fussgelenks. Das erste Bild zeigte eine Spontanfraktur der Tibia, sonst keine Veränderungen am Gelenk. Das zweite Bild — 6 Wochen später aufgenommen — liess zahlreiche Frakturen an der Tibia, Fibula und am Talus erkennen, dazu eine völlige Deformierung des Gelenks. Sonst keine Zeichen von Tabes. Mit einem Schienenhülsenapparat kann Pat. seinem Beruf nachgehen.

Ewald - Hamburg.

96) **Steinthal.** Aerztlicher Verein in Stuttgart 7. V. 1908.
Deutsche med. Wochenschr. 1908. Nr. 38, S. 1645.

Verrenkungsfraktur des linken Fussgelenks.

Die Reposition gelang nur auf blutigem Wege. Einige Wochen später Rissfraktur des Kalkaneus ohne Trauma. Initialsymptome der Tabes. Die Röntgenbilder zeigen sehr scharfe Strukturverhältnisse der Knochen. Eine Längsfissur der Tibia ist bei der Reposition entstanden.

In der Diskussion bemerkt Gottschalk, dass die Diagnose Tabes schon aus den Röntgenbildern, die sämtlich Knochenatrophie zeigen, gestellt werden könne.

Ewald - Hamburg.



97) **Vincent.** Société de chir. de Lyon 21. März 1907.
Revue de chir. 1907. Nr. 5.

V. hat oft die subperiostale Resektion des Kalkaneus der tuberkulös erkrankt war, vorgenommen. Er stellt einen Pat. vor, den er vor 10 Jahren operiert hat, und bei dem sich der Knochen fast völlig neu gebildet hat.

Gayet hat öfter partielle Neubildung des Kalkaneus nach Exartikulationen nach Syme gesehen. **Ewald**-Hamburg.

98) **Haenisch.** Aerztlicher Verein im Hamburg (Biolog. Abt.) 27. X. 1908.

Im Anschluss an die Mitteilung von A. Köhler (Wiesbaden) (Münch. med. Wochenschr. 1908, Nr. 37) berichtet H. über einen ganz ähnlichen Fall einer isolierten Erkrankung des os naviculare pedis im Kindesalter. Das 1903 geborene Kind hatte mit 2 1/2 Jahren ein leichtes Trauma davongetragen, das aber keine Beschwerden verursacht haben soll. 1 1/2 Jahr nach dem Trauma sei nun ohne äussere Ursachen eine Schwellung des Fussrückens aufgetreten. Die Röntgenbilder, die etwa im Abstand von je 3 Monaten gemacht wurden, ergaben ein äusserst schmales aber kalkhaltigeres Naviculare, das jetzt die normale Grösse angenommen hat. Gleichzeitig sind jetzt die Beschwerden geschwunden. H. erinnert daran, dass das Naviculare am längsten von allen Fussknochen — bis zum 3. oder 4. Jahre — knorplig bleibt, und darum Schädigungen mehr ausgesetzt ist, als die durch Kerne ausgezeichneten benachbarten Fusswurzelknochen. Durch das Trauma wurde die Herausbildung der normalen knöchernen Struktur des Knorpels beeinträchtigt, und es kam in der Hauptsache zur einfachen Kalkablagerung, und zwar unter Beschwerden des Pat. Später nähern sich die Verhältnisse immer mehr der Norm. Ein operativer Eingriff verbietet sich daher von selbst. Im Falle von H. bestand die Therapie in Verabreichung einer Lederschienenhülse.

In der Diskussion ist auch Fränkel der Ansicht, dass in dem H'schen Fall der Knorpel des Naviculare durch das Trauma zunächst erweicht sei, und dass dann Kalkablagerungen aufgetreten seien. **Ewald**-Hamburg.



genese des traumatischen Gelenkergusses. — 10) **Wagner**, Heissluftbehandlung gonorrhoischer Gelenkentzündungen. — 11) **König**, Traumatische Knochengelenksentzündung bei Unfallgutachten. — 12) **Glässner**, Pagetsche Knochenerkrankung. — 13) **Reich**, Echinokokken der langen Röhrenknochen. — 14) **Frangenheim**, Kalluszysten. — 15) **Steiner**, Frakturenbehandlung. — 16) **Ewald**, Behandlung von Knochenbrüchen und Verrenkungen. — 17) **Strauss**, Marmorekserum bei chirurgischer Tuberkulose. — 18) **Ritter**, Sehnennaht. — 19) **Rohde**, Entbindungslähmung. — 20) **Ito** und **Soyesima**, Behandlung der Fazialislähmung durch Nervenpfropfung. — 21) **Hashimoto** und **Tokuoka**, Schussverletzungen peripherer Nerven. — 22) **Pfeiffer**, Ueber orthopädische Apparate. — 23) **Johansen**, Bauchmassage-Apparat. — 24) **Kaufmann**, Die Offiziersgamasche als Universalschiene. — 25) **Kirsch**, Rückgratsuntersuchungen Magdeburger Schulkinder im Jahre 1906—1907. — 26) **Eckstein**, Zusammenhang zwischen Halsrippen und Skoliosen. 27) **Gerson**, Skoliosenbehandlung im Hause. — 28) **Tissot**, Plötzlicher Exitus bei latenter Spondylitis. — 29) **Zrenner**, Traumatische Hämatomyelie. — 30) **Schmieden**, Ellenbogenresektionen. — 31) **Böcker**, Unfallverletzungen im Bereich des Ellenbogengelenks. — 32) **Goerlich**, Radiusmissbildungen. — 33) **Bülow-Hausen**, Kompletter, kongenitaler Radiusdefekt, nach Bardenheuer operiert. — 34) **Cramer**, Kongenitale Supinationsstörungen. — 35) **Boerger**, Radiusfrakturen. — 36) **Estor**, Subluxation des Handgelenks. — 37) **Flinker**, Makrodaktylie. — 38) **Goerlich**, Ankylose der Fingergelenke mit Brachydaktylie. — 39) **Hiller**, Ueber den schnellenden Finger. — 40) **Davidsohn**, Fraktur der Fingerphalanx. — 41) **Wette**, Luxation im Metatarsophalangealgelenk. — 42) **Würth v. Würthenau**, Trommlerlähmung. — 43) **Oberst**, Hüftgelenkserkrankungen. — 44) **Perret**, Tuberkulose Hüftgelenkserkrankung. — 45) **Ahrens**, Resektion des Hüftgelenks. — 46) **v. Frisch**, Coxa vara congenita. — 47) **Lindenstein**, Luxationen des Schultergelenks, des Beckens und Hüftgelenks. — 48) **Streissler**, Operative Behandlung irreponibler Hüftluxationen. — 49) **Graetzer**, Aetiologie der Hüftgelenksverrenkung. — 50) **Wollenberg**, Littlesche Krankheit und Hüftgelenksluxation. — 51) **Rivet**, Osteomyelitis des Trochanter major. — 52) **Walzburq**, Tenotomie des Musc. ileopsoas. — 53) **Montandou**, Behandlung dislozierter Frakturen. — 54) **Graf**, Extensionsschiene bei Unterschenkelfraktur. — 55) **Luxembourg**, Traumatische Epiphysenlösung. — 56) **Zuelzer**, Genu varum infantile. — 57) **Luther**, Genu valgum. — 58) **Krempl**, Patellarfrakturen. — 59) **Bilhaut**, Kniescheibenbruch. — 60) **Holm**, Meniskusluxation im Kniegelenk. — 61) **Graf**, Zerreissung der Kniekehlengefässe. — 62) **Hashimoto** und **Saito**, Erzielung tragfähiger Amputationsstümpfe durch Nachbehandlung. — 63) **Alsberg**, Apophysitis tibialis adolescentium. — 64) **Hentschel**, Wachstumsstörungen am Unterschenkel nach Osteomyelitis. — 65) **Bilhaut**, Bruch des Unterschenkels, Luxation des Fusses. — 66) **Blencke**, Kalkaneussporn. — 67) **Kirchner**, Hochgradiger Spitzfuss. — 68) **Nieny**, Schuhwerk der Plattfüssigen.

Aus Kongress- und Vereinsberichten: 69) **II. Kongress der ungarischen Gesellschaft für Chirurgie 1908.** — 70) **Poncet**, Tuberkulöse Entzündung. — 71) **Poncet**, Tuberkulöser Rheumatismus. — 72) **Souques**, Zusammenhang der Gelenkerkrankung mit Tuberkulose. — 73) **Tixier**, Tuberkulöse Osteomalacie. — 74) **Pielstecker**, Nekrose und Regeneration des Muskels nach Quetschung. — 75) **Cornil**, Myositis ossificans traumatischen Ursprungs. — 76) **Nové-Josserand**, Plombierung einer Spina ventosa. — 77) **Schreiber**, Ueber Fibrolysin. — 78) **Boettiger**, Traumatische Gelenkneurose. — 79) **v. Baeyer**, Halsrippe. — 80) **Schulthess**, Behandlung der Skoliose. — 81) **Vignard**, Spondylitis. — 82) **Clarke**, Tuberkulöse Spondylitis. — 83) **Steinthal**, Enchondrom an dem Humerusschaft. — 84) **Brandes**, Myositis ossificans. — 85) **Hermann**, Myositis ossificans im Brachialis internus. — 86) **Blencke**, Anteversion im Femur. 87) **Tixier**, Schenkelhalsfraktur. — 88) **Höring**, Rissfraktur am Condylus int. femoris. — 89) **Schulthess**, Behandlung der Quadrizeps-Lähmung. — 90) **Nové-Josserand**, Ankylose des Kniegelenks. — 91) **Gangolphe**, Kniegelenksverrenkung. — 92) **Hagen**, X- und O-Beine vor und nach Behandlung. — 93) **König**, Unterschenkelschiene. — 94) **H. v. Baeyer**, Defekt der Fibula und des V. Fussstrahls. — 95) **Blencke**, Tabische Arthropathie des Fussgelenks. — 96) **Steinthal**, Verrenkungsfraktur des Fussgelenks. — 97) **Vincent**, Resektion des Kalkaneus. — 98) **Haenisch**, Erkrankung des os naviculare.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. Dr. **O. Vulpius** in Heidelberg, Luisenstr. 1—3, oder an die Verlagsbuchhandlung **S. Karger** in Berlin NW 6, Karlstr. 15, einsenden.

Zentralblatt
für
Chirurgische und mechanische Orthopädie
einschliesslich der gesamten Heilgymnastik und Massage.

Redigiert von
Prof. Dr. O. Vulpius
in Heidelberg.

Verlag von
S. Karger in Berlin
NW., Karlstrasse 15.

Monatlich erscheint ein Heft im Umfang von 48 Seiten. Preis des Jahrgangs Mk. 15,—. Zu beziehen durch die Post und durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes.

Bd. III. | März 1909. | Heft 3.

H. Strasser. Lehrbuch der Muskel- und Gelenkmechanik.

I. Band: Allgemeiner Teil mit 100 Textfiguren. Berlin, 1908. Jul. Springer. Preis 7 Mark.

Das Buch ist gedacht als Hilfsbuch für den anatomischen Unterricht, es soll die Konstruktionen, Einrichtungen und mechanischen Verhältnisse bei der Maschinentätigkeit des Körpers, speziell des Bewegungsapparates in der Weise zeigen, wie sie sich im Seziersaal erkennen lassen.

Dem allgemeinen Teil ist ein Abschnitt vorausgeschickt, der ohne viele Voraussetzungen den Mediziner über die Grundlehren der Mechanik unterrichten soll, nämlich über die „Mechanik des materiellen Punktes" und über die „Mechanik des Systems materieller Punkte."

Auf Grund des durch nicht ganz müheloses Studiums dieser Einleitung erworbenen Verständnisses für Mechanik werden in den folgenden Abschnitten dargestellt „die allgemeinen Verhältnisse des Skelettes und der Muskeln", insbesondere die verschiedenen Gelenkeinrichtungen und Bewegungen, und weiter „allgemeine Probleme der Gelenk- und Muskelmechanik", wobei erst statische, dann kinetisch-dynamische Aufgaben berührt werden.

Der in Aussicht gestellte spezielle Teil soll dem praktischen anatomischen Unterricht sich angliedernd das Studium der mechanischen Verhältnisse der Muskeln und Gelenke bei der Präparation vervollständigen und vertiefen.

So klar das Buch geschrieben und so erleichternd für das



Verständnis der Umstand ist, dass gerade ein Mediziner mathematische Themata entwickelt, so interessant und wissenschaftlich wertvoll auch diese Erhebung des anatomischen Unterrichts über die einfache Anschauung des Präparates hinaus ist — der Zweifel kann doch nicht unterdrückt werden, ob der junge Student der Medizin der Bedeutung der hier dargelegten Probleme genügendes Verständnis und ausreichende Musse entgegenzubringen vermag.

Für den Orthopäden jedenfalls bietet das hochwissenschaftliche Werk eine Fülle von Belehrungen von fundamentaler Wichtigkeit. Freilich es kann nicht durchgelesen, es muss durchstudiert werden. Es kann deshalb nicht als Lektüre nach des Tages angestrengter praktischer Arbeit dienen, sondern eher zum Studium in der Ruhe der Ferienzeit. **Vulpius**-Heidelberg.

F. Calot (Berck). L'orthopédie indispensable aux praticiens.

Avec 825 figures dans le texte. Paris. 1907. Masson et Cie.

Wiederum ein geradezu klassisches Buch aus der hurtigen Feder unseres unermüdlichen französischen Kollegen.

Es gilt dem praktischen Arzt, dem orthopädische Fälle tagtäglich zugehen und dem auch die orthopädische Therapie heute zugänglich gemacht ist durch Vereinfachung der Methoden. Freilich behandeln und heilen kann der praktische Arzt solche Leiden eigentlich nur im Initialstadium. Und darum muss er über genügende diagnostische und therapeutische Kenntnisse verfügen.

C. stellt den „Hexalog oder die 6 Gebote der Orthopädie“ an die Spitze, sie lauten: Frühdiagnose, frühzeitige Behandlung, ausdauernde Behandlung, exakte Gipstechnik, Vermeiden von Traumen beim Redressement tuberkulöser Affektionen, keine Inzision tuberkulöser Herde, sondern Punktion und Injektion. Der folgende erste Abschnitt behandelt erworbene orthopädische Affektionen tuberkulöser Natur: Spondylitis, Koxitis, Tumor albus, der nächste die nichttuberkulösen erworbenen Leiden: Skoliose, runder Rücken, Lordose, rachitische Verkrümmungen, Genu valgum, Tarsalgie, Kinderlähmung.

Im dritten Kapitel sind die angeborenen Affektionen untergebracht: Hüftluxation, Klumpfuss, Schiefhals, Little'sche Krankheit. Das Schlusskapitel hätte grossenteils weggelassen werden können: Zervikaldrüsen, Hodentuberkulose, akute Osteomyelitis, Narkosefragen gehören nicht hierher.

Die Darstellungsweise ist es ebenso wie das Dargestellte, was die Lektüre des Buches nicht nur lehrreich, sondern genussreich zugleich

erscheinen lässt. Alles ist klar und anschaulich beschrieben, so lebendig und persönlich geschildert, dass man die Lektüre, so kenntnisbereichernd sie ist, kaum als Studium empfindet. Fast vermag das geschriebene Wort die Illustration zu ersetzen. Und doch möchte man auch diese nicht missen. Es sind viele Hunderte von Originalzeichnungen wiedergegeben, welche C. einem künstlerisch hochbegabten Assistenten verdankt.

Die Abschnitte über spinale Kinderlähmung und Little'sche Krankheit sind von Vulpius verfasst.

Das Buch, dessen Uebertragung ins Deutsche gewiss wünschenswert wäre, wird jeden Fachmann aufs höchste interessieren. Ob es trotz aller Vorzüge seinen eigentlichen Zweck erreicht und ob die Betonung dieses Zweckes von Nutzen ist, scheint dem Ref. mindestens sehr zweifelhaft. Die völlige Beherrschung der orthopädischen Technik wird stets nur dem Spezialisten möglich sein. Dankbar aber wird der praktische Arzt vor allem die diagnostischen Anleitungen des Buches begrüssen. **Vulpius** - Heidelberg.

Freund und Mendelsohn. Der Zusammenhang des Infantilismus des Thorax und des Beckens.

Mit 18 Abbildungen. Stuttgart 1908, F. Enke. Preis geh. 2.40.

Am Thorax ist die Form der oberen Thoraxapertur charakteristisch für den infantilen Habitus, nämlich die Verengerung und längsovale Gestalt in Folge von Wachstumshemmung des ersten Rippenknorpels. Auch am Becken giebt es solche infantilistische Veränderungen bezw. Hemmungsbildungen, vor allem an den Lumbosakralgelenken in der Entwickelung der sekundären Gelenkflächen am Kreuzbein. F. und M. machten sich zur Aufgabe die Feststellung, ob solche Erscheinungen des Infantilismus häufig vereinigt gefunden werden. Untersuchungen an 35 Leichen liessen eine Bejahung dieser Frage zu. Interessant ist auch, dass unter 23 Fällen, welche diese Koinzidenz aufwiesen, 14 Mal Lungentuberkulose bestand.

Vulpius - Heidelberg.

Hennequin et Loewy. Les luxations des grandes articulations, leur traitement pratique.

Avec 125 figures dans le texte. Paris. 1908. F. Alcan. Preis 16 fr.

In Betracht gezogen sind nur die traumatischen Verrenkungen der grossen Gelenke, vollkommene und unkomplete, frische und alte, sowie die habituellen und willkürlichen Luxationen.



Die pathologisch-anatomischen Verhältnisse sind in Wort und Bild eingehend dargestellt. Schade nur, dass die Abbildungen durch Einzeichnung belangloser Venen, Nerven etc. an Uebersichtlichkeit verloren haben. Die Repositionsmanöver sind durch Originalaufnahmen gut illustriert.

Betont wird der Wert forcierter unblutiger Einrenkung bei veralteten Luxationen, ehe man sich zu operativen Eingriffen entschliesst. Die Ausstattung des fleissigen Buches ist eine vorzügliche.

Vulpius-Heidelberg.

Chaput (Paris). Les fractures malléolaires du Cou-de-Pied et les accidents du travail.

Paris 1908. Masson et Cie.

Die soziale Gesetzgebung veranlasst jetzt auch in Frankreich ein erneutes Studium der Frakturen, ihrer verschiedenen Formen unter Zuhilfenahme des Röntgenverfahrens, ihrer Prognose, Behandlungsmethoden und Erfolge.

So behandelt Ch. hier sein Material von Knöchelbrüchen.

Die Resultate müssen im Ganzen als mittelmässig bezeichnet werden, namentlich bei Versicherten auffallend schlecht (tout comme chez nous!)

Ch. empfiehlt für die Reposition und Verbandsanlegung Lumbalanästhesie zu machen.

Die Immobilisation dauert bei schweren Brüchen 2 Monate (!). Bei alten dislocirt geheilten Brüchen wird, wenn erhebliche Funktionsstörung vorliegt, redressiert oder osteotomiert. Röntgenaufnahmen kontrollieren Repositon und Heilverlauf.

Vulpius-Heidelberg.

Kinésithérapie, Massage, Mobilisation, Gymnastique, par Carnot, Dagron, Ducroquet, Nageotte-Wilbouchewitsch, Gautru, Bourcart.

1 vol. in. 8 de 550 pages, avec 45 figures. Cart. 12 Fr.
Paris. I. B. Baillière et Fils.

Das Buch ist ein Band der gross angelegten Bibliothèque de Thérapeutique von Gilbert und Carnot.

In einem Vorwort werden von Carnot die wissenschaftlichen Grundlagen der Kinesitherapie besprochen. Der erste Abschnitt befasst sich mit der Massage und Mobilisation, ihrer Technik im allgemeinen, ihrer Verwertung bei verschiedenen Affektionen, der folgende mit den Grundzügen der Gymnastik.



Es reihen sich an spezielle Kapitel: Die Bewegungstherapie der Wirbelsäule, der Atmungsorgane, des Abdomens, die Kinesitherapie in der Gynäkologie. Die Abbildungen sind recht instruktiv, insbesondere die schematischen. **Vulpius**-Heidelberg.

Jahrbuch über Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiet der physikalischen Medizin.

Begründet und herausgegeben von Prof. Dr. Ernst Sommer in Zürich. Mit 8 Illustrationen im Text und 29 Abbildungen auf 11 Tafeln.
Leipzig 1908. Otto Nemnich. 1. Jahrgang. Preis 10 Mk.

Der vorliegende erste Band des neuen Jahrbuches bringt eine Art Grundlage: In referierender, orientierender Uebersicht die kritische Würdigung einzelner Disziplinen der Physiotherapie. Das Werk soll einmal dem Spezialisten als Nachschlagewerk dienen, ferner aber und in der Hauptsache den praktischen Arzt auf dem Laufenden erhalten über die Entwicklung der physikalischen Medizin.

Der erste Band enthält über 20 Originalarbeiten über folgende Materien: Balneotherapie, Elektroth., Fangoth., Heilgymnastik, Helioth., Hydroth., Massage, Phototh., Physikalische Th. und innere Klinik, Radiumth., Röntgenth., Strahlenth.

Von uns Orthopäden speziell interessierenden Abhandlungen seien folgende genannt:

Herz: Heilgymnastik. Ein Ueberblick über Physiologie der Bewegungen, heilgymnastische Bewegungen und ihre Wirkungen. Es wird betont, dass heute die Einteilungsprinzipien nicht mehr durch die bewegten Körperteile, sondern durch die allgemeinen Charaktere der Bewegungsarten gegeben werden.

Bernhard: Die therapeutische Anwendung des Sonnenlichtes in der Chirurgie.

Bei Knochen-Gelenktuberkulose wird die immobilisierende Behandlung im gefensterten Gipsverband kombiniert mit intensiver Bestrahlung.

Hoffa: Die Massage als Heilfaktor.

Eine letzte Empfehlung der Massage durch ihren uns jäh entrissenen Förderer, eine Warnung aber auch vor einseitiger Ueberschätzung und Anwendung derselben.

An die Originalarbeiten schliesst sich eine nach Disziplinen geordnete Bibliographie mit knappen Inhaltsangaben und ein sorgfältig durchgearbeitetes Register an.

Das neue Jahrbuch wird in gleicher Weise wie der erste Band fortgeführt gewiss zur richtigen Würdigung der Physiotherapie



viel beitragen und sich einen wachsenden Leserkreis auch unter den Praktikern sichern. **Vulpius** - Heidelberg.

J. Wetterer (Mannheim). Handbuch der Röntgentherapie nebst Anhang: Die Radiumtherapie.

Mit 198 Fig. im Text, 11 Taf. in Vierfarbendruck und 4 Tafeln in Schwarzdruck. Leipzig 1908. Otto Nemnich. Geb. 25 Mk.

Ein durch Vollständigkeit und Klarheit der Darstellung ebenso wie durch Vollkommenheit der Ausstattung gleich vorzüglich gelungenes Werk.

In letzterer Hinsicht verdienen die künstlerisch vollendeten Aquarelle der Karlsruher Malerin Anna Schneider besonderes Lob.

Welch gewaltige Arbeit in dem 800 Seiten umfassenden Werk steckt, zeigt schon das Litteraturverzeichnis, das nicht weniger als 2000 Nummern enthält.

Für den physikalisch-technischen Teil hat der Verf. sich der Unterstützung des Herrn Ingenieurs Dessauer zu erfreuen gehabt, während für die klinisch-therapeutischen Kapitel Dozent Dr. Holzknecht seine wertvolle Beihilfe leistete.

Wer irgendwie sich mit Röntgenstrahlen zu befassen hat, wird das schöne Buch sich zu Eigen machen müssen.

Vulpius - Heidelberg.

G. Schneidemühl (Kiel). Spezielle Pathologie und Therapie der Haustiere.

Berlin 1908. R. Trenkel. Preis 25,50.

In der letzten Zeit hat sich in steigendem Masse die Erkenntnis Bahn gebrochen, dass die Tierpathologie für uns Orthopäden von Bedeutung ist. Ich erinnere in dieser Hinsicht an eine Reihe von Arbeiten über kongenitale Missbildungen bei Tieren, ferner an die Verwertung des Vierfüsserganges in der Skoliosentherapie, an die Auffassung mancher Deformitäten als phylogenetische Entwicklungsstörungen u. s. w.

Das vorliegende Werk eignet sich sehr gut als Nachschlagebuch, um sich über die uns interessierenden Kapitel rasch zu orientieren.

Leider sind gerade die Krankheiten der Bewegungsorgane recht kurz abgehandelt. **Vulpius**-Heidelberg.

1) **H. v. Baeyer.** Die Aufgaben der modernen Orthopädie.

Münch. med. Wochenschr. 1908. Nr. 36, S. 1875.

Nach einem geschichtlichen Abriss kommt Verf. zu dem Schluss, dass die Grenzen der Orthopädie nicht genau zu bestimmen sind.



Doch sieht er als ihr eigenstes Gebiet die Bebauung neuer Felder in der menschlichen Mechanik an. Am vielversprechendsten scheint ihm die Bearbeitung der Nervenplastik zu sein, der unbedingt das Studium der Nervenphysiologie vorausgehen muss. Er führt hier seine Versuche bezgl. des Lebens der Nervenfaser an. — Die Orthopädie hat aber auch theoretische Aufgaben zu erfüllen, als deren wichtigste er das Studium des normalen und kranken Knochens (Jul. Wolff und Verfasser [Untersuchung des knöchernen Zapfens im Kuhhorn]) und des Verhaltens von Fremdkörpern im Organismus (Habilitationsschrift des Verf.) anführt.

Ewald-Hamburg.

2) **Rosenfeld** (Nürnberg). Prophylaxe der Verkrüpplung.
Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. XX, S. 455.

Wenn auch in Bezug auf die Prophylaxe bei angeborenen Deformitäten nicht viel zu erreichen ist, so kann doch durch möglichst frühzeitige Behandlung dieser Leiden eine dauernde Verkrüpplung verhütet werden. Eine Verhütung derartiger Missbildungen ist natürlich nicht möglich, man müsste denn bei solchen Affektionen, die nachweislich erblich sind, eine Fortpflanzung verhindern wollen. Aussichtsvoller ist die Prophylaxe der erworbenen Deformitäten, die weitaus häufiger sind als die angeborenen. In erster Linie kommt der Kampf gegen die Tuberkulose der Knochen und Gelenke, der nach allen Statistiken gute Heilungsresultate liefert. Entsprechende frühzeitige Behandlung mit Heranziehung günstiger klimatischer Faktoren (Höhenluft und Sonne, Aufenthalt an der See, Solquellen Landaufenthalt). Wichtig ist auch die Ausschaltung der Rachitis durch Ernährung der Kinder mit Muttermilch (Stillprämien), antirachitische Diät und Wohnungsfürsorge. Für die Verhütung der Verkrüpplung durch gewerbliche Unfälle sorgen bereits gesetzliche Vorschriften. Bei den statischen Deformitäten, die überhaupt sehr zahlreich sind, spielt die Skoliose die Hauptrolle. Zu ihrer Verhütung kommt die Sorge für passende Sitzgelegenheiten, körperliche Uebungen und frühzeitige Feststellung der beginnenden Verbiegung durch den Schularzt in Betracht. Eine Behandlung der Skoliose durch Turnübungen in der Schule ist nicht zu empfehlen wegen des Mangels an Individualisierung. Die Behandlung einer ausgebildeten Verbiegung ist Sache des Arztes. Unbemittelte empfiehlt R. als externe Patienten resp. externe Schüler den bestehenden Krüppelheimen zuzuweisen, die in diesem Sinne weiter auszubauen wären. Zur Verhütung des Plattfusses kommt nur die Agitation



für geeignetes Schuhwerk in Betracht, während in Bezug auf die Ausbildung von X- und O-Beinen eventuell die Berufswahl zu beeinflussen wäre. Zum Schluss plädiert R. nochmals dafür, spez. in Rücksicht auf die Unbemittelten, an die bestehenden Krüppelheime Ambulatorien anzugliedern, die der Verhütung und Heilung der Deformitäten zu dienen hätten. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

3) **Schanz.** Jodpinselungen zur Erzielung schmaler Narben.
Zentralbl. f. Chir. 1908. Nr. 32.

Da die denkbar schmalsten Narben bei den aseptischen Wunden erzielt werden, deren Ränder in einen leichten Reizzustand versetzt sind, so pinselt Sch. die Wundränder 3—5 Tage nach der Operation mit Jodtinktur. Bei grösseren Wunden und an schlecht ernährten Partieen wiederholt er diese Manipulation an 2—5 aufeinander folgenden Tagen. **Meyer**-Heidelberg.

4) **Noeggerath.** Ein Fall von Elephantiasis congenita.
Berl. klin. Wochenschr. 1908, No. 27.

Beobachtung eines Falles bei einem 7 monatigen, männlichen Säugling. Kissenartige, lediglich die Weichteile betreffende Verdickung beider Unterschenkel und Füsse von prall elastischer Konsistenz. Uebergang in das normal konfigurierte Knie ohne proximal begrenzende Schnürfurche. Kein Oedem. Zugleich besteht kongenitale Leistenhernie und Hydrocele funiculi spermatici. Das Kind ist psychisch normal; leicht rachitisch, wenig anämisch und hat einen kleinen Milztumor bei Mikropolyadenie. Aetiologie nicht nachweisbar. Therapeutisch war Massage, Hautpflege und centripetale Bindeneinwicklung versucht, jedoch ohne Erfolg.

Meyer-Heidelberg.

5) **Bier** (Berlin). Ueber einen neuen Weg Lokalanästhesie an den Gliedmassen zu erzeugen.
Arch. f. klin. Chir. Bd. 86, H. 4, S. 1007.

Zur Ergänzung der Infiltrations- und Leitungsanästhesie hat B. ein Verfahren ersonnen, welches die Blutbahn benutzt, um das Anästhetikum den Nervenendigungen zuzuführen. Es wird zu dem Zwecke oberhalb und unterhalb des Operationsgebietes eine abschnürende Binde angelegt, nachdem durch elastische Einwicklung das Blut möglichst aus der Extremität entfernt worden ist. Dann wird unter Schleich eine stärkere Vene aufgesucht und in diese eine Infusionskanüle eingebunden, durch welche in der Richtung nach der Peripherie 50—150 ccm einer 0,25 % Novokainlösung



injiziert werden. Zur schnelleren Anästhesierung kann man auch das halbe Volumen einer 0,5% Lösung benutzen. In dem durch die beiden Binden abgeschlossenen Gebiete tritt die Empfindungslosigkeit besonders bei Verwendung der stärkeren Lösung sehr rasch ein, doch ist nach einiger Zeit ebenso der ganze periphere Gliedabschnitt auch jenseits der distalen Binde durch Leitungsanästhesie gegen Schmerzeindrücke unempfänglich. Resektionen, Nekrotomien, Sehnenüberpflanzungen etc. können dann ohne Schmerz für den Pat. vorgenommen werden. Eine Intoxikation durch Novokain ist nach B's Erfahrungen aus mehrfachen Gründen nicht zu fürchten, besonders wenn man die Vorsicht gebraucht, nach Beendigung der Operation die periphere Binde ganz abzunehmen und die zentrale vorübergehend soweit zu lockern, bis durch das einströmende Blut die noch vorhandene Novokainlösung aus den Gefässen in die Operationswunde hinausgeschwemmt wird. Das Verfahren dürfte wohl gerade für die Chirurgie der Extremitäten von grosser Wichtigkeit sein. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

6) **Tachau.** Beiträge zur Lumbalanästhesie mit Stovain.

Dissert. Göttingen 1908.

T. berichtet über 57 Fälle, bei denen in der Göttinger Universitätsfrauenklinik die Lumbalanästhesie mit Hilfe des Billonschen Präparates ausgeführt wurde. 39 mal gelang die Analgesie gut und reichte bis zum Schluss der Operation, 11 mal musste, nachdem die Lumbalanästhesie mindestens eine Stunde ein schmerzloses Operieren gestattet hatte, noch die Chloroform- bezw. Aethernarkose zu Hilfe genommen werden, 4 mal war die Anästhesie ungenügend, 3 mal versagte sie vollständig. In 3 Fällen erfolgte nach mehreren Tagen der Exitus, doch war nicht mit Sicherheit ein ursächlicher Zusammenhang mit der Lumbalanästhesie nachzuweisen. Nach- und Nebenwirkungen waren häufig. **Blencke**-Magdeburg.

7) **A. Köhler** (Wiesbaden). Ueber eine häufige, bisher anscheinend unbekannte Erkrankung einzelner kindlicher Knochen.

Münch. med. Wochenschr. 1908. Nr. 37, S. 1923.

Bei 3 Knaben im Alter von 5—9 Jahren fand K. bei der röntgenologischen Untersuchung der Füsse, an denen über Schmerzen geklagt wurde, eine typische Erkrankung des Os Naviculare. Dies hatte nur $^1/_4$—$^1/_2$ der normalen Grösse, hatte eine unregelmässige Gestalt, zeigte keine Architektur und hatte vermehrten Kalkgehalt. In



einem Fall, in dem beide ossa navicularia von der Erkrankung ergriffen waren, waren auch beide Patellen befallen. Nach $1^1/_2-2^1/_2$ Jahren in allen Fällen Spontanheilung und Rückkehr der Knochen zum Normalen in Bezug auf Grösse, Gestalt, Architektur und Kalkgehalt.

Bezüglich der Aetiologie weiss man nichts. Den Einwand Stiedas, dass es sich um „normale Wachstumserscheinungen" handle, weist K. zurück, da ja Schmerzen mit der Anomalie verknüpft waren. Merkwürdig ist, dass gerade immer das Naviculare befallen war, während alle anderen Knochen normal waren.

Ewald-Hamburg.

8) **Beck** (Russland). Ueber Osteoarthritis deformans endemica im Transbaikalgebiet.

Arch. f. klin. Chir. Bd. 86, H. 3, S. 662.

B. beobachtete unter der einheimischen Bevölkerung von Transbaikalien eine eigenartige Skeletterkrankung, die vor allem durch ihre ungewöhnliche Häufigkeit (32% aller Personen) auffällt. Klinisch dokumentiert sich die Erkrankung in Verdickung der Gelenke, Knarren und Bewegungsbeschränkung, zuweilen auch in Wachstumsstörungen. Auch die verschiedenen Vorsprünge der Knochen sind zum Teil vergrössert. Das sehr chronisch verlaufende Leiden beginnt meist in den Fingergelenken, um später die Ellenbogen-, Knie-, Fuss- und Zehengelenke zu ergreifen. Schulter- und Hüftgelenk bleiben meist frei. Die Röntgenaufnahmen zeigen Abflachung, aber zugleich Verbreiterung der Epiphysen und Verdickung der Knochenvorsprünge. Die Diaphysen sind in der Regel unverändert, an den Epiphysenlinien lässt sich vielfach frühzeitige Verknöcherung feststellen, wodurch die Wachstumshemmung erklärt wird. Gegen alle sonst bekannten Knochenerkrankungen ist dies Leiden genau abzugrenzen. Am nächsten steht ihm noch die Arthritis deformans. Verf. glaubt eine osteomalacische Veränderung der Knochen annehmen zu müssen, wobei die Abflachung der Epiphysen durch das Körpergewicht resp. ebenso wie die Vergrösserung der Knochenvorsprünge durch Zug der Muskulatur verursacht würde. Als Ursache ist nach der Ansicht B's das Trinkwasser anzusehen, wodurch sich auch das endemische Auftreten erklären würde. Am häufigsten beginnt die Erkrankung in der Wachstumszeit vor der Pubertät (zwischen 8 und 13 Jahren). Das Leiden kann zum Stillstand kommen, besonders wenn der Pat. in eine Gegend versetzt wird, welche bisher von der Erkrankung frei war.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

9) **Seedorf.** Ueber Knochenplastik nach Exstirpation eines Knochensarkoms.

Dissert. Kiel 1908

S. berichtet über einen Fall aus der Kieler chirurgischen Klinik, bei dem wegen eines Osteochondrosarkoms das os metatars. I und das os cuneiforme I entfernt werden mussten. Um den dadurch entstandenen Defekt zu decken, wurden das os metatars. II und os cuneiforme II gespalten und die abgespaltenen Teile in die Lücke verpflanzt, zugleich die 1. Phalange des os metatars. I angefrischt. Der Erfolg war ein guter. **Blencke**-Magdeburg.

10) **Barth** (Danzig). Ueber Osteoplastik.

Arch. f. klin. Chir. 86 Bd., H. 4, S. 859.

An mehreren Fällen zeigt B., dass Leichenknochen, der als steriles Material zum Ersatz von Knochendefekten benutzt wurde, recht wohl einheilen kann, aber später immer der Resorption anheimfällt. Verwendet man dagegen periostbekleideten Knochen, der unter aseptischen Kautelen einem anderen Teil des Körpers entnommen wird, so heilt dieser ein und produziert sogar neues Knochengewebe, welches sich in seiner Form dem durch ihn ersetzten Knochen nähert. Dass man durch Implantation toter Knochensubstanz bei vorhandenem Periost unter Umständen gute Erfolge erzielen kann, zeigt ein Fall von starker Verbiegung der unteren Extremitäten infolge juveniler Osteomalacie, bei dem die zwecks Korrektur ausgeführten Osteotomien nicht konsolidieren wollten. Erst als B. bei den Osteotomien zugleich Knochenkohle in die Markhöhle implantierte, wurde die nötige Festigkeit des Kallus erreicht, da jetzt das knochenbildende Gewebe das nötige Material zum Aufbau vorfand.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

11) **Lexer** (Königsberg). Ueber Gelenktransplantation.

Mediz. Klinik 1908. Nr. 22, S. 817.

Um der Forderung gerecht zu werden, die Gelenkform möglichst normal zu gestalten und gleichzeitig Gelenkknorpel als das normale Material zwischenzulagern, gelangte L. bei der Frage der Mobilisierung knöchern versteifter Gelenke zu den Versuchen der Gelenktransplantation, die zu ebenso bedeutsamen wie staunenswerten Erfolgen geführt haben.

Bei einem 38jährigen Mann wurde wegen eines Sarkoms des linken oberen Tibiaendes etwas mehr als das obere Drittel des Knochens reseziert. Aus dem gleichzeitig amputierten rechten Bein



eines an Altersbrand leidenden Mannes wurde darauf dasselbe etwas längere Stück der Tibia samt Periost und Knorpel reseziert, unten angespitzt und in die Markhöhle des Tibiaendes eingekeilt. Lig. patellare prop. und Gelenkkapsel vernäht. Nach 5 Wochen aktive und passive Bewegungen, nach 7 Wochen Gehen im Schienenhülsenapparat. Nach 3 Monaten kann Pat. den Unterschenkel um 45° aktiv beugen und strecken. Dass die Tibiagelenkfläche aus einem rechten Bein stammte, ergab keinen Nachteil. Jetzt, nach 8 Monaten, gelingt die Beugung bis zum rechten Winkel. Ein Hydrops des Gelenks verschwand nach zweimaliger Punktion. Das Röntgenbild zeigt Kallus an der Einkeilungsstelle und scharfe Konturen der Gelenkfläche. Die Knochenplombe, die die Markhöhle ausfüllt, ist um die Hälfte verkleinert und zwar von der Epiphyse her, so dass man das Eindringen von Gefässen in die Spongiosa von der Peripherie her annehmen muss. — Seitliche Bewegungen sind nicht mehr möglich. Der Mann kann gut und sicher ohne Apparat laufen. Das Fehlen der Kreuzbänder schadet nichts!

In ähnlicher Weise konnte L. die obere Hälfte des Humerus, die untere Hälfte der Ulna, die Grundphalanx eines IV. Fingers ersetzen und eine gute Beweglichkeit erzielen.

Ferner hat L. ein ankylotisches Kniegelenk durch Transplantation der beiden Gelenkflächen samt den Kreuzbändern ersetzt. Die beiden Epiphysen, 1, $1^1/_2$ fingerbreit, wurden aus dem amputierten Bein eines an Altersbrand leidenden Mannes reseziert, die Kapsel abpräpariert, die Menisken entfernt. An die Wundflächen des Femur und der Tibia, die beide rechtwinklig synostotisch verwachsen waren und keilförmig reseziert wurden, wurden die beiden Epiphysenstücke durch Nagelung befestigt. Darauf wurde das Lig. patellare prop. mitsamt der Patella darüber genäht. Da letztere festwuchs, musste sie nachträglich entfernt werden, wobei man feststellen konnte, dass die Epiphysen fest mit dem Knochen verbunden waren, dass die Gelenkflächen normal aussahen, und dass die inzidierten Kreuzbänder etwas bluteten. Es wurde in 4 Monaten eine passive Beweglichkeit von 45° erzielt.

In einem gleichen Fall (26jähriges Mädchen, rechtwinklige Synostose des linken Kniegelenks nach Tuberkulose) wurde ebenfalls die Transplantation beider Gelenkenden ausgeführt, hier sogar unter Stehenlassen der Menisken.

Um eine neue Gelenkkapsel herzustellen, hat L. die Serosa einer Hydrozele (12 : 12 cm) transplantiert und damit eine vermehrte Beweglichkeit geschaffen.

Schliesslich ist L. auch die Uebertragung des ganzen Gelenkapparats samt seiner uneröffneten Kapsel gelungen; doch liegt die Operation erst kurze Zeit zurück. — Die Schwierigkeiten dieser neuen Methode (lange Behandlungsdauer, mitunter mehrfaches Operieren, Mangel an geeignetem Operationsmaterial) verkennt T. keineswegs, empfiehlt aber mit Recht, auf den von ihm eingeschlagenen Wege neue bewegliche Gelenke herzustellen.

Ewald-Hamburg.

12) **Poncet.** Sur la tuberculose inflammatoire.

Gazette des hôp. 1908. 84, p. 1006.

Der Aufsatz ist ein Schlusswort zu einer sehr erregten Diskussion in der Société de chirurgie vom 1. Juli (s. Vereinsberichte) und richtet sich in scharfen Worten gegen die bedeutenden Chirurgen (Quénu, Kirmisson, Broca, Delbet), die sich gegen die P'schen Anschauungen ausgesprochen haben. P. weist den Vorwurf metaphysischer Unklarheit zurück und glaubt seine Theorie durch viele Fälle, die er und andere beobachtet haben, gestützt: exsudative und sklerosierende Gelenk- und andere Erkrankungen bei Tuberkulösen sind selbst tuberkulös, wenn nicht deutlich eine andere Ursache nachgewiesen werden kann.

Ewald-Hamburg.

13) **E. G. Beck** (Chicago). A new method of diagnosis and treatment of fistulous tracts, tuberculous sinuses and abscess cavities.

The Illinois Med. Journal. 1908. April.

B. verwendet für Diagnose und zugleich für die Therapie von tuberkulösen Fisteln eine Wismuth-Vaselinsalbe. Die Salbe besteht anfänglich, so lange stärkere Sekretion vorhanden ist, aus

Bismuthum subnitr.	30,0 (arsenikfrei),
Vaseline	60,0.

Später wird eine festere Paste zur Plombierung angewendet:

Bismuth. subnitr.	30,0
Cera alba	5,0
Weiches Paraffin	5,0
Vaseline	60,0

Nach der Injektion macht er eine kurze Röntgenbestrahlung in der Annahme, das Wismuth werde dadurch radioaktiv und besonders wirksam.

Er will sehr gute, ja überraschende Erfolge auch bei sehr alten Fisteln erzielt haben.

Vulpius-Heidelberg.



14) **B. Dollinger.** Ueber die Behandlung tuberkulöser Abszesse und Fisteln mit der Bismuthpaste nach E. G. Beck.

Orvosi Hetilap 1908. Nr. 35.

Die behandelten Kranken litten an den verschiedensten Arten der Knochen- und Gelenkstuberkulose. Stets war spätestens nach drei bis vier Injektionen eine auffallende Besserung wahrzunehmen; einige seit Jahren bestehende Fisteln heilten sogar schon während der ersten Injektionen aus. Das Verfahren ist den bisherigen Jodoform-Injektionen darin überlegen, dass es die Heilungsdauer abkürzt; dabei ist die Bismuthemulsion geruchlos und verursacht keine Intoxikationserscheinungen.

Besonders in den Fällen multipler Fisteln erweist sich diese Methode also sehr brauchbar. **Horváth**-Budapest.

15) **K. Schiller.** Wegen Tendovaginitis tbc. gemachte Muskelresektion. Tendomuskuläre Anastomose. Vollkommene funktionelle Heilung.

Budapesti Orvosi Ujság. 1908. Nr. 17.

Sch. exstirpierte bei einem Handarbeiter ein 10 cm langes Muskelsehnenstück aus dem Extens. pollic. longus, welcher tuberkulös erkrankt war. Er nähte dann den Muskelstumpf an den Musc. indic. propr. und das periphere Sehnenstück an die Sehne desselben. Gipsverband. Trotz gestörter Wundheilung (Fisteln) hat der Patient nach Abschluss der Nachbehandlung seine Tätigkeit als Arbeiter wieder fortsetzen können. **Horvth** - Budapest.

16) **Ziehen** (Berlin). Beziehungen zwischen angeborenen Muskeldefekten, infantilem Kernschwund und Dystrophia muscularis progressiva infantilis.

Med. Klinik 1908. Nr. 34, S. 1557.

Z. beschreibt einen 18jährigen Patienten mit angeborenem einseitigen Defekt des Pectoralis major, mit Lähmung der äusseren Augenmuskeln (Ophthalmoplegia externa) und mit kongenitaler Fazialis- und Hypoglossuslähmung; — Ausfallserscheinungen, die sonst nur isoliert vorkommen. Die Störungen können so aufgefasst werden, dass die Muskeln selbst nicht zur Ausbildung gelangt sind; oder aber es kann eine Kernganglienzellenhypoplasie vorliegen. Drittens können die Defekte auf Grund kongenitaler Anlage im frühen Kindesalter erworben sein (infantiler Typus der Muskeldystrophie von Erb) und viertens wäre eine infantile Bulbärparalyse nicht auszuschliessen. Im vorliegenden Fall handelt es sich wohl



um eine rein kongenitale Erkrankung, die keinen progressiven Charakter hat. Am wahrscheinlichsten liegt eine Kernzellenaplasie resp. -Hypoplasie vor, (vielleicht verschuldet durch Blutung intra partum, — Zangengeburt!). **Ewald**-Hamburg.

17) **Schwarz.** Ueber Muskelschmerzen.

Zentralbl. f. d. gesamte Therapie 1908. Heft 10.

Sch. unterscheidet Muskelerkrankungen, bei denen anatomische Veränderungen nachzuweisen sind, und solche ohne derartige pathologisch-anatomische Erscheinungen. Zur ersten Gruppe gehören die Myositiden, die auf ein bestimmtes ätiologisches Moment, sei es traumatischer, parasitärer oder diathetischer Natur, zurückzuführen sind. Zur zweiten Gruppe ist das ganze Heer derjenigen Erkrankungen zu rechnen, die gemeinhin als „Muskelrheumatismus" bezeichnet werden. Da keinerlei Veränderungen im Muskel gefunden werden — auch keine rheumatische Muskelschwiele — so zieht Verf. die Bezeichnung „Myalgie" vor, falls es nicht überhaupt fraglich ist, ob in vielen Fällen nicht der Sitz des Schmerzes etwa im Periost, in den Nerven oder Knochen ist. Zu dieser Gruppe zählt der „Torticollis rheumaticus", der nach Erben eine akute Gelenkaffektion ist, der Lumbago, ferner die Myalgia cervicalis und Myalgia abdominalis.

Häufig ist auch das Seitenstechen als eine Myalgie des Musc. serratus magnus aufzufassen. Verf. erwähnt ferner, dass bei den chronischen Myalgieen die Schmerzen besonders nachts exazerbieren und nicht bei Bewegungen am schmerzhaftesten sind.

Meyer-Heidelberg.

18) **Heimann.** Ueber einige subkutane Muskel- und Sehnenverletzungen an den oberen Gliedmassen.

Monatschr. f. Unfallheilk. etc. 1908. Nr. 8 und 9.

Verf. berichtet über 6 Fälle von Riss des Biceps brachii, 1 Riss des Triceps brachii und 2 Fälle von Riss des Pectoralis major. Ausführliche Beschreibung des Befundes, dessen Deutung bei den ausgesprochenen Fällen keine Schwierigkeiten bietet. Die Verletzung kann eintreten, wenn 1. der Muskel zu einem starren System durch die Kontraktion geworden ist und 2. wenn diesen sehr stark kontrahierten Muskel eine Gewalteinwirkung trifft, mag sie sich in Form des Widerstandes äussern, der von ausserhalb oder innerhalb des Körpers zu überwinden ist, oder als lebendige Kraft, die durch plötzlich eingetretene Ereignisse ausgelöst, den Körper entweder



passiv trifft — Fall oder Schleuderung — oder durch plötzliche Kontraktion bestimmter Muskelgruppen aktiv einem bestimmten Körperteil erteilt wird. Die Therapie war in den mitgeteilten Fällen eine konservative, medikomechanische. Prognose ist nicht sicher zu stellen. Durch die Verletzung war in allen Fällen eine nennenswerte Erwerbsbeschränkung eingetreten. Die Literatur ist reichlich in der Arbeit berücksichtigt. **Meyer**-Heidelberg.

19) **Bardenheuer.** Behandlung der Nerven bei Amputationen zur Verhütung der Entstehung von Amputationsneuromen und zur Heilung der bestehenden Neurome durch die sogenannte Neurinkampsis.

Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung 1908. H. 19.

Da die von Witzel vorgeschlagene Methode, zur Verhütung von Neuromen an Amputationsstümpfen, den Nerv zentralwärts, in weiter Entfernung von der Wundfläche des Amputationsstumpfes zu durchtrennen, nicht immer genügte, so empfiehlt B. den Nerv umzuschlagen (eventuell zugleich zu kürzen) und das umgeklappte Nervenende mit einem Muskellappen zu umlagern. Von den vielen angegebenen Methoden ist die erste die einfache Umschlagung des Nervenendes, die zweite das Hindurchziehen des umgeschlagenen Endes durch einen höher in dem Nerv angelegten Schlitz und die Vernähung und die dritte die Spaltung des Nerven und das Umschlagen jeder Hälfte zur Schnittfläche hin, auch können zwei benachbarte Nerven eingeschlagen und miteinander vernäht werden. B. näht mit dünnen Katgutnähten. Das Verfahren hat sich bei 10 Amputationen gut bewährt, ebenso konnte B. durch diese Methode 6 Fälle von bereits bestehenden Neuromen heilen. Notwendig ist aber genaueste Berücksichtigung aller Nervenäste. B. nennt das Verfahren nach *χάμπτειν* = umschlagen: Neurinkampsis.

Blencke-Magdeburg.

20) **Thilo** (Riga). Orthopädische Technik.

Arch. f. Orthopädie etc. 1908. Bd. VI, H. 2 u. 3, S. 101.

Die Technik soll jedem Arzte die Möglichkeit bieten, selbst Schienen, Korsette und Uebungsapparate herzustellen. Das Referat kann leider nur eine kurze Inhaltsangabe der Arbeit, die jedem Arzt eine Fülle von Ratschlägen und Anregungen bietet, geben.

Es werden genauer beschrieben:

I. die Druckverbände mit Filz bei frischen Malleolarfrakturen (Prinzip: gleichmässiger Druck auf die Weichteile, Be-



freiung der Knöchel von Druck durch Filzdurchlochung) und bei Blutergelenken, ferner bei Kniegelenksschwellungen, Patellar- und Meniskusluxationen sowie Ueberbeinen;

II. verstellbare Krücken mit Riemenschweben. Der Riemen, der an den etwas federnden Enden der Krücken angebracht ist, vermindert den Druck in der Achselhöhle. Ein Verlängerungsstück kann durch Vermittlung einer 20 cm langen Blechhülse an das untere Ende der Krücke befestigt werden. Th. meint, dass viel mehr Patienten Krücken benutzen sollten, als es tatsächlich geschieht. Die Krücken könnten zweckmässig die Stütz- und Entlastungsvorrichtungen, wie sie bei Gelenkerkrankungen üblich sind, ersetzen;

III. Korsette mit Drahteinlagen. Ueber Trikot kommen 3—4 Lagen Gipsbinden, darüber zirkulär 6—7 Stück 1 mm Eisendraht, ferner 2—3 mm starke Längsdrähte hinten und vorn, darauf wieder 3—4 Gipsbindenlagen. Dann lässt man das Korsett 1 Stunde lang am Körper trocknen, nimmt es darauf ab, trocknet es völlig und versieht es mit Haken, ev. auch mit Achselstützen. — Zelluloidkorsette macht Th. einfach über dem Modellverband (Abguss ist unnötig). Für ganz Arme werden über dem Trikot einfach Leinenbinden mit Leim durchtränkt sowie Drahteinlagen gelegt. Das Korsett wird innen und aussen mit Zelluloidlösung gestrichen. — Zugkorsetts werden mit Rundstäben verstärkt, auch die Hüftbügel und Achselstützen werden aus letzteren gefertigt. — Die Kopfstütze wird aus einem Stück Draht zurechtgebogen, die notwendigen Stützpunkte werden mit Filz gepolstert.

Ferner wird eine Liegerolle beschrieben, mit Holzwolle vollgestopft, mit zwei Gurten versehen zur Befestigung an den Leib, zur Ueberkorrektur der skoliotischen Wirbelsäule;

IV. verstellbare Schienen stellt Th. aus Blech und Draht her und zieht dieses Material der Pappe vor. Die Gehschiene wird aus Flacheisen gefertigt. Spitzfüsse, Klump- und Plattfüsse werden nach dem Redressement mit zweckmässig gebogenen Drahtschienen in Ueberkorrektur gehalten. — Besonderer Wert wird auf die Stiefel gelegt, deren Sohle beim Klumpfuss nach aussen, beim Plattfuss nach innen verbreitert sein muss und zur Verstärkung noch an Vordersohle und Absatz ein queres Bandeisen trägt, das 1 cm über die Sohle hinausragt. Das Tragen von Plattfusseinlagen verwirft Th. mit H. v. Meyer. Gegen den Hackenfuss verwendet er eine vom Unterschenkel zur Fussspitze ziehende Drahtschiene.



Hammerzehen werden mit Heftpflaster auf Einschubsohlen oder Stücken von Sohlenleder fixiert.

In derselben Weise wie für die unteren werden für die oberen Extremitäten Schienen aus Draht und Blech hergestellt, und Frakturen damit behandelt, wobei besonderes Gewicht auf die Funktion der Gelenke gelegt wird (funktionelle Behandlung frischer Unterarmfrakturen), so dass Versteifungen fast immer vermieden werden können. Kommen letztere zur Behandlung, so werden sie durch regulierbaren Zug oder Druck in der Schiene mobilisiert. Die krummen steifen Finger werden mit einfachen gepolsterten Bandeisen, die zunächst genau der Krümmung der Finger entsprechen, langsam gestreckt. Für die Daumenversteifung sind besondere Apparate konstruiert. — Beim Schreib- und Klavierkrampf wird auf systematische Uebungen das grösste Gewicht gelegt; der Federhalter wird mit Uebergehen des Daumens an den zweiten und dritten Finger bandagiert. — Zur Beugung steifer Finger werden Baumwollhandschuhe benutzt, an deren Spitzen Dochte genäht sind, die der Pat. selbst durch am Handgelenk befestigte Schnallen zieht. Die Finger kommen über einen Rundstab zu liegen, dessen Durchmesser immer mehr verkleinert wird.

Bezüglich der Bewegungen tritt Th. der alten und veralteten Anschauung entgegen, dass entzündete Gelenke durch feste Verbände in Ruhe gehalten werden müssten, und nicht bewegt werden dürften. An Beispielen beweist er, dass man auch hier durch sofort vorgenommene aktive uud passive und Widerstandsbewegungen Versteifungen verhüten kann. Die Uebungen nimmt der Pat. selbst vor und zwar an ungemein vereinfachten Apparaten, die in der Hauptsache aus Schnur, Rolle und Gewicht bestehen und deren Konstruktion durch Figur und Beschreibung für jedes Gelenk genau erläutert ist. Es werden Krankengeschichten von versteiften Blutergelenken, von Scharlach- und anderen infizierten, auch tuberkulösen Gelenken mitgeteilt, die durch Massage und Bewegungen zu einer recht befriedigenden Funktion gebracht wurden.

Der Wert der Widerstandsbewegungen wird eingehend besprochen, und folgendes Gesetz aufgestellt: Widerstandsbewegungen müssen weniger ermüdend wirken, als Bewegungen, die ohne äussere Widerstände ausgeführt werden. Aus mechanischen und physiologischen Ueberlegungen ergibt sich das Grundprinzip bei der Aufstellung der Apparate: die Rolle ist so zu stellen, dass Rollschnur und Längsachse des bewegten Körperteils annähernd einen rechten

Winkel bilden, wenn der bewegte Körperteil die Mitte zwischen äusserster Beugung und Streckung eingenommen hat.

Damit kommt Verf. auf die Kraftmessungen mittels der Rollenzüge zu sprechen, die erlauben, die Wirkung einer Kraft zahlenmässig (durch die Gewichtsmenge) auszudrücken; (höchst wichtig für die Unfallpraxis). Th. unterscheidet da zwischen der einmaligen Maximalleistung und der Dauerleistung.

Bei der genauen Beschreibung der Ausführung seiner passiven Bewegungen stellt er folgendes als Regel für die Konstruktion der Apparate auf: das Gewicht korrigiert die fehlerhafte Stellung, die Hand des Pat. zieht wieder in die fehlerhafte Stellung zurück, um so den Hin- und Hergang der Bewegung zu bewirken.

Bei den Widerstandsbewegungen fängt Th. mit einigen Gramm an und steigert allmählich bis zum Höchstgewicht. So kann er aus einer Spur der Funktion (bei zentralen und peripheren Lähmungen) wieder normale Verhältnisse schaffen. — —

Alle die von Th. auf 19 Tafeln wiedergegebenen Vorrichtungen, Schienen und Apparate stellen ein Universum der Improvisationstechnik dar, die beweisen, mit wie einfachen Mitteln der Arzt sich ohne Bandagisten und Mechaniker behelfen kann. Wenn man auch nicht in allem die z. T. immerhin etwas primitiven Apparate anzuwenden braucht, so wird doch jeder Arzt und auch Orthopäde aus den interessanten, in lebhaftem Stil geschriebenen Mitteilungen Nutzen ziehen können. **Ewald**-Hamburg.

21) **Gocht** (Halle). Einige technische Neuerungen.

Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. XX, S. 266.

G. beschreibt einen Gipsbindentisch mit eingesetzten Wasserbecken und aufstehenden Bindenkästen. Der Tisch enthält ausserdem noch eine ziemlich breite Fläche und zwei Schubladen. Eine einfache Schulterarmschiene, die zur Erhaltung der Abduktionsstellung im Schultergelenk bei Arthrodesen, Entzündungen und Verletzungen dienen kann, hat Verf. gute Dienste geleistet. Die Schiene besteht aus einem sich um den Thorax herumlegenden Halbring, von dem eine Stütze zur Achselhöhle emporsteigt und sich in der Länge des Armes fortsetzt. Das Ellenbogengelenk kann dabei beweglich bleiben. Für viele Fälle von Plattfussbeschwerden sind Einlagen aus Leder empfehlenswert, die über einem Gipsmodell des Fusses gewalkt und durch zwei Stahlspangen oder eine getriebene Sohlenplatte verstärkt werden. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.



22) **C. Rosenthal** (Berlin). Zur Physiologie der Massage.

Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther. Bd. XII, H. 6, 7 u. 9.

I. Ueber den Einfluss der Massage auf die elektrische Erregbarkeit des ermüdeten und ruhenden Muskels.

Die Versuche wurden am enthirnten Frosch vorgenommen und zwar an der Unterschenkelmuskulatur, bei der nach Ruhe, Tetanus und 5 Minuten langer Massage der Schwellenwert des Muskels festgestellt wurde. Es ergab sich eine erhebliche Steigerung der elektrischen Erregbarkeit, wenn der ermüdete Muskel massiert wurde. Auf den nicht ermüdeten Muskel hat die Massage bezüglich der Erregbarkeit keinen Einfluss: Die Massage entfernt die Ermüdungsstoffe (Milchsäure, Kohlensäure u s. w.), die die Erregbarkeit des Muskels herabsetzen. Beim Warmblüter und beim Menschen ist letztere bei dem tetanisierten Muskel im Gegensatz zum Frosch erhöht; erst nachdem mehreremal der Muskel in Tetanus versetzt war, trat eine Herabsetzung ein. Beim Menschen (in Hypnose!) wurde sie erst nach einem 6 Minuten währenden Tetanus erreicht. Dann aber stieg die Erregbarkeit nach einer 5 Minuten dauernden Massage mehr als nach 5 Minuten langer Ruhe.

II. Die Behandlung der Fettleibigkeit durch Massage und die Wirkung der letzteren auf das Fettgewebe.

Nach einer Beschreibung der üblichen allgemeinen Körpermassage bespricht Verf. die Wirkung derselben: Erhöhung der Hautsekretion und -atmung, Anregung der Darmperistaltik, Vermehrung der Stickstoffausscheidung, bessere Diurese (Versuche an Mensch und Tier), Förderung des Stoffwechsels und der Blutzirkulation. Da oft auch eine lokale Wirkung der Massage behauptet wird — Zertrümmerung der Fetttränbchen durch Knetung! — hat R. die eine Hälfte der Bauchhaut von Hund und Katze massiert. Die mikroskopischen Vergleichspräparate bewiesen, dass das Fettgewebe keine Läsion durch noch so kräftigen Druck erfährt, wohl aber Muskelzerreissungen zustande kommen können. — Die gewaltsame Bearbeitung der Bauchdecken zwecks Entfettung ist also zu verwerfen! —

III. Plethysmographische Untersuchungen über die Volumveränderung des menschlichen Arms durch Massage.

Dass der Lymph- und Blutstrom ganz erheblich durch Massage beschleunigt werden kann, ist bekannt. Um über die Volumzunahme eines massierten Gliedes Aufschluss zu erhalten, musste die Versuchsperson ein 2 Kg-Gewicht in die Hand nehmen, solange sie konnte



den Arm beugen und strecken, wurde dann hypnotisiert (um psychische Beeinflussung auszuschalten), und der Arm wurde so schnell wie möglich in den Plethysmographen eingeführt. Es zeigte sich, dass der ermüdete Arm voluminöser ist, aber ziemlich schnell wieder an Volum verliert. Wurde der ermüdete Arm effleuriert, so blieb die Volumzunahme länger bestehen und erreichte erst ganz allmählich einen tieferen Stand.

IV. Einfluss der Massage auf die Blutzusammensetzung.

Aus den Versuchen (Zählung der Leucocyten vor, sogleich nach 5 Minuten langer Massage und 20 Minuten nach dieser) wurde gefolgert, dass sogleich nach der Massage die Leucocytenzahl steigt, aber bald wieder zur Norm fällt. Die Wirkung der Massage ist eine lokale. **Ewald**-Hamburg.

23) **Zweig.** Beiträge zur Begutachtung der Wirbelsäulenverletzungen.

Ärztl. Sachverständigen-Zeitung 1908, No. 15.

Mitteilung von 6 Fällen von Wirbelsäulenverletzung, bei denen nur in einem Fall — allerdings erst $1^1/_2$ Jahr nach dem Unfall — die Diagnose gestellt war, während die anderen Fälle z. T. als traumatische Neurose, zwei sogar als Simulation begutachtet waren. Z. fordert deshalb zur Sicherung der Diagnose bei jedem Fall, dessen subjektive Klagen auf die Gegend der Wirbelsäule hinweist, eine Röntgenuntersuchung, die evtl. zu wiederholen wäre, da die „traumatische Neurose“ in nicht wenigen Fällen nur als ein für einen Reizzustand des Nervensystems sprechender Symptomenkomplex anzusehen sei, hinter der sich oft schwere Erkrankungen, wie in den vorliegenden Fällen der Wirbelsäule, verbergen.

Meyer-Heidelberg.

24) **Baradulin.** Zur Kasuistik der Halsrippen.

Monatsschr. f. orthop. Chir. 1908, No. 5.

Mitteilung zweier einschlägiger Fälle, bei denen sich störende Symptome erst im höheren Alter einstellten, als Hauptsymptom war eine Geschwulst in der fossa supraclavicularis nachweisbar und leichte nervöse Störungen im Arm. Das Röntgenbild bestätigte die Diagnose. **Meyer**-Heidelberg.

25) **Möhring** (Kassel). Der tragbare Heilapparat bei der Skoliose.

Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. XX, S. 240.

Verf. verwirft auf Grund seiner Erfahrungen sowohl das



Hessingkorsett wie die Panzer aus starrem Material. M's Stützapparat besteht aus einem federnden Beckengürtel, zwei neben der Dornfortsatzlinie laufenden Rückenstäben und einem auf der Vorderseite aufsteigenden winklig gebogenen Stab, dessen einer Teil einen federnden Druck auf den vorderen Rippenbuckel ausübt und dessen anderer Teil den Druck des von den Rückenstäben ausgehenden und den hinteren Rippenbuckel komprimierenden Gummizuges von den konkaven Teilen des Thorax fernhält. M. rühmt seinem Apparat Einfachheit in Anfertigung und Anlegung nach, sowie hervorragende Wirksamkeit in Bezug auf die Korrektur der Skoliose, sodass Verf. ihn als „Heilapparat" bezeichnen möchte.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

26) **Kaufmann.** Der Funktionsausfall des linken M. sacrospinalis als Unfallfolge.

Monatsschr. f. Unfallheilk. etc. 1908, No. 8.

Bei einem Eisenbahnunfall erlittene schwere Verletzung der linken Lendengegend mit folgendem Funktionsausfall des linken M. sacrospinalis: Unmöglichkeit des Stehens auf der linken Seite und Einsinken des Körpers nach links beim gewöhnlichen Gehen.

Meyer-Heidelberg.

27) **Stich** (Bonn). Ueber die Erfolge der operativen Behandlung der Fussgelenkstuberkulose.

Deutsche med. Wochenschr. Nr. 28. S. 1227.

Verf. berichtet über die Erfahrungen der Garrèschen Klinik in Bezug auf die konservative und die operative Behandlung der Fussgelenkstuberkulose. Für die konservative Methode ist Verf. nicht sehr eingenommen, da die am häufigsten beobachtete ossäre Form der Tuberkulose und ihre Multiplizität eine ungünstige Prognose stellen lässt. Konservativ behandelt wurden zunächst alle Fälle, doch liess sich die Behandlung nur etwa in $^1/_4$ der Fälle durchführen. Der Erfolg war aber danach auch ein vorzüglicher. Die anderen Dreiviertel (bei Zuzählung der von vornherein operierten kommen sogar 83 Proz. aller Pat. heraus) mussten operiert werden. In den meisten Fällen wurde die Resektion des Fussgelenkes gemacht, das blosse Evidement führte seltener zum Ziele. Sehr oft wurde gerade bei Kindern beobachtet, dass durch stärkeres Wachstum des Kalkaneus die durch die Resektion bedingte Verkürzung teilweise ausgeglichen wurde. Konservative Behandlung ist nach St. eigentlich nur dann indiziert, wenn keine Erkrankung der



Knochen besteht und nur ein Gelenk befallen ist. Macht das Leiden trotzdem Fortschritte oder zeigt es in langer Zeit keine Besserung, so wird operativ eingegriffen, während in allen anderen Fällen von vornherein operiert wird. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

28) **Lozano y Ponce de Leon.** Un caso de tumor blanco avanzado, curado sin operación.

Rev. de Med. y Cirug. pract. de Madrid. Nr. 1037 v. 7. VIII. 08.

Bericht über die Heilung einer schweren Tuberkulose des Fussgelenkes bei einem 5jähr. Mädchen durch Ruhe, Gipsverbände und Jodoforminjektionen. Der Fall war deswegen von Interesse, weil den Eltern des Kindes von einem hervorragenden Chirurgen die Amputation dringend angeraten worden war. Im Anschluss an diesen Fall erörtert L. an der Hand seiner Statistik die Frage von der Heredität der Tuberkulose und kommt zu dem Schlusse, dass es eine direkt ererbte tuberkulöse Erkrankung nicht gibt, dass sogar die Kinder tuberkulöser Eltern eine zirka 10 Jahre währende Immunität geniessen. **Stein**-Wiesbaden.

29) **Lehr** (Dresden). Ueber eine Verdickung des Taluskörpers als Ursache von Klumpfussrezidiven.

Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. XX, S. 155.

In einer Anzahl von Fällen, in denen trotz entsprechender Behandlung Rezidive auftraten, fand Verf. als Ursache eine Volumvermehrung des Talus speziell auf der Aussenseite, die beim Redressement ein Eintreten des Talus in die Malleolengabel verhindert. Teils scheint diese Verdickung angeboren zu sein, teils auch glaubt Verf., dass die Quetschungen und Zerrungen des Talus und seines Periosts durch das vorhergehende Redressement einen Wachstumsreiz ausgeübt haben könnten. Therapeutisch wurde der Talus durch schichtweises Abtragen auf der Aussenseite verkleinert, bis er in die Malleolengabel hineinpasste.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

Kongressberichte, Vereinsnachrichten etc.

30) V. Kongress der italienischen orthopädischen Gesellschaft.

Abgehalten zu Rom am 26. Oktober 1908.

Buccheri. Il trattamento delle deformità articolari.



Redner zeigt sich als entschiedener Anhänger der unblutigen Therapie der verschiedenen durch die verschiedenartigsten Ursachen hervorgerufenen Gelenkdeformitäten.

Salaghi beschäftigt sich mit der mechanisch-orthopädischen Behandlung der Gelenkdeformitäten.

In dem allgemeinen Teil bemerkt er, dass zuweilen die Prophylaxe sich mit der Behandlung der Deformitäten selbst deckt, und tadelt in dieser Hinsicht die irrationelle Gewohnheit einiger Chirurgen, welche die Gelenke auch bei einfachen Kontusionen und bei Distorsionen immobilisieren.

Er erklärt sich im Prinzip gegen die plötzliche Mobilisierung der verschiedenen arthrogenen Kontrakturen nicht nur wegen der örtlichen Folgen, sondern auch wegen der Gefahren für das Leben des Pat. und bemerkt mit Recht, dass andererseits der Hämarthros und die Reaktionserscheinungen, welche auf das „Brisement forcé“ folgen, die Aussetzung der Behandlung notwendig machen und zum Verlust des erzielten Vorteils führen.

Ref. gibt der manuellen Gymnastik vor der instrumentellen den Vorzug und beschränkt die Indikationen der letzteren auf die Vervollständigung der Behandlung.

In dem speziellen Teil beginnt er mit der Behandlung der Kontrakturen der Schulter, wobei er die glänzenden, durch Gymnastik und Massage erreichbaren Resultate hervorhebt.

Bei den Frakturen des Ellenbogens hält er es für zweckmässig, von Anbeginn an auf die Immobilisierung zu verzichten, da bei ihnen die Pseudarthrose als ein günstiger Ausgang zu betrachten sei. Er macht auf die Notwendigkeit aufmerksam. die Immobilisierung bei den Frakturen des unteren Endes des Radius auf das Geringstmögliche zu reduzieren, zur Vermeidung der Steifheit des Handgelenkes, speziell bei älteren Personen.

Bei den weniger schweren Koxitiden hält Ref. den grossen Entlastungsapparat nach Hessing nicht für notwendig, sowohl wegen der Konstruktionsschwierigkeiten desselben wie wegen der Ernährungsstörungen der Muskeln, zu denen seine Anwendung führt. Vielmehr zieht er einen einfachen Kontentivapparat aus Leder vor, der Oberschenkel und Becken einschliesst und dem hosenartigen Gipsverband ähnlich ist.

Beim nicht schweren rachitischen Genu valgum der Kinder verwendet er während der Nacht und einige Stunden des Tages die äusserst einfache Schiene von Owen; in den Fällen, wo er



zu einem tragbaren Apparat greift, hebt er die Artikulation des Knies auf.

Bei vielen Klumpfüssen sind drei bis acht Umwindungen mit Leinwandbinde besser als jeglicher orthopädische Apparat zur Beihehaltung der progressiven durch die Redressementmanipulationen erzielten Korrektion.

Anzilotti. Sull' azione osteogenetica della gelatina e dei sali di calcio. (Ricerche cliniche e sperimentali.

Redn. berichtet, seine bereits auf dem vorigen Kongress der orthopädischen Gesellschaft mitgeteilten Untersuchungen fortgeführt zu haben. Bei verschiedenen Kranken hat er Injektionen mit 0,50 bis 1% Calciumchlorid enthaltender Gelatine vorgenommen (tiefe Injektionen in die Glutäalgegend). Er hat so konstatieren können, dass besagte Injektionen einen wohltätigen Einfluss auf die Konsolidierung ausüben, nicht nur in den Fällen von Frakturen bei normalen Individuen, sondern auch in den Fällen von verzögerter Konsolidierung, Pseudarthrosen und ausgedehnten Zerstörungen der Diaphysen der Röhrenknochen durch Osteomyelitis.

Experimentell hat er bei Kaninchen und Meerschweinchen durch die Gelatine- und Calciumchloridinjektionen rascheste Konsolidierung des Frakturenkallus erhalten und histologisch eine reichlichere und frühere Neubildung von Knochengewebe wahrgenommen.

Chemisch hat er keine Vermehrung (und zuweilen eine Verminderung) der Knochenasche der mit Injektionen (speziell mit blosser Gelatine) behandelten Tiere gesehen.

Inbezug auf die Wirkungsweise der Gelatine glaubt Redn., dass dieselbe die Bildung der Grundsubstanz des Knochens anrege und das Calcium des Organismus fixiere, damit es an den Stellen, wo es nötig ist, verwertet werde, zu welcher Annahme die Verminderung der Asche der von dem Sitz der Fraktur entfernten Knochen führen möchte.

Putti. Le iniezioni endo-articolari di ossigeno a scopo radiografico.

Redn. bemerkt, dass die fragliche Methode nicht die Verbreitung gefunden hat, welche sie verdiente. Mittelst Projektionen demonstriert er die radiographischen Resultate mit Hilfe besagter Injektionen in das Kniegelenk, welches sich durch seine anatomischen Beziehungen am besten zur Insufflierung eignet. Im Istituto Rizzoli ist man bei der Prüfung der Sauerstoffinjektionen bei der angeborenen Hüftluxation.



Zuletzt demonstriert und erklärt Redn. den kleinen und einfachen Apparat, dessen er sich bedient und der bei niedrigem Druck chemisch reinen Sauerstoff entwickeln lässt.

Vanghetti. Motori plastici secondari.

Die Motoren können nach dem Redn. sekundär sein inbezug auf die Form und inbezug auf die Zeit.

Er hebt hervor, dass unter den sekundären Motoren inbezug auf die Form gegenwärtig zu halten sind die undurchgängige Schlinge und der Trichter. Die erstere ist charakterisiert durch Vertiefung oder Einstülpung mit Oeffnung nach oben, subkutan umsäumt durch die sehnige Schlinge.

Der zweite (Trichter) ähnlich der vorigen und anstatt terminal, seitlich auf dem Stumpf oder auf dem näheren Segment oder sonstwo angebracht, um Bewegkraft auf entfernterem, aber geeigneterem Terrain zu finden.

Die letzten Fälle von Kineplastik zeigen nach dem Redner die Notwendigkeit, Amputationsverfahren zu verwenden, welche sie ermöglichen und welche von ihm bereits unter dem Titel „Transitorische Amputationen“ angegeben worden sind.

1. Richtung der Sehnen auf ein und derselben Höhe (vor ihrer Durchschneidung) mit Vereinigung oder Ausschaltung der weniger wichtigen.

2. Wiederherstellung einer wichtigen, dem verstümmelten Segment eigenen Funktion.

3. Sparsame Resektion der Knochen nach der Methode Bunge-Casali (kreisförmige Inzision des Periosts, Entblössung des distalen Teiles des Knochens. Sektion desselben 2—3 mm von der Schnittlinie des Periosts).

4. Bildung von Schlingen und Fixierung an der besten Stelle, um irgend eine Kontraktionstätigkeit zu erhalten.

Schliesslich bemerkt er, dass die zu orthopädischen Zwecken gemachten Amputationen als rationelle bezeichnet werden sollten, um sie von den summarischen, unvermeidlichen zu unterscheiden.

Palagi. Studio radiografico di alterazioni di sviluppo del sistema scheletrico.

Im Istituto dei Rachitici zu Mailand hat Redn. drei Fälle von Zwergwuchs sowohl vom klinischen als vom radiographischen Gesichtspunkt aus studiert.



Im 1. traf er ein infantiles Myxoedem von typischer klinischer Erscheinung und wies durch die röntgenographische Untersuchung die Verzögerung in der Verknöcherung nach.

Im 2., der sehr interessant ist durch seine Seltenheit, wies Redn. bei einem 11 jährigen Mädchen eine fötale hyperplastische Chondrodystrophie nach, die in den Radiogrammen durch die enorme Proliferation der Epiphysenknorpel und die Anormalität der Verknöcherungsvorgänge der Epiphysen charakterisiert war, sowie die Verzögerung und Unregelmässigkeit in der Verknöcherung der kurzen Fuss- und Handwurzelknochen nach.

Im 3. Fall, in dem die Geschichte und die klinischen Symptome für rachitischen Nanismus sprachen, bewies der radiographische Befund zur Augenscheinlichkeit, dass es sich um eine Knochen-Knorpeldystrophie mit vielen Aehnlichkeitspunkten mit der Achondroplasie handelte.

In Ermangelung genauerer Daten, welche durch die histologische Untersuchung geliefert werden könnten, und infolge der auf dem Gebiet der Pathogenese der kindlichen Knochendystrophien noch herrschenden Unbestimmtheit hält sich Redn. nicht für berechtigt, für den eben angedeuteten Fall eine präzise Diagnose aufzustellen und gibt die ihm am wahrscheinlichsten dünkenden Hypothesen einer in einem achondroplasischen Individuum aufgetretenen Rachitis, oder einer Uebergangsform zwischen Rachitis und Chondrodystrophie oder endlich einer besonderen Dystrophie unbekannter Natur, welche Eigenschaften dieser beiden Affektionen trägt.

Diskussion. Auf eine Anfrage von Prof. Curcio, ob Redn. in den Krankengeschichten der von ihm mitgeteilten Fälle Symptome von Läsionen des zentralen Nervensystems wahrgenommen, erwidert dieser, dass nur in dem zweiten Fall die Mutter der Patientin auf gewissen Fiebererscheinungen, begleitet von Gehirnerscheinungen, bestanden habe, welche dem Auftreten der Knochendystrophie vorausgegangen sein sollen.

Guacero D'Alessandro. Tenotomie e riunioni chirurgiche di tendini a scopo di allungamento e di trapianto. (Studio sperimentale.)

Redner hat sich vorgenommen zu studieren: 1. die anatomisch-funktionelle Wiederherstellung in den sowohl durch einfache Tenotomie als durch Plastiken und Fernnaht verlängerten Sehnen; 2. die durch die Ueberpflanzung eines gesunden Muskels auf eine ausser Funktion gesetzte Sehne hervorgerufenen trophischen und



strukturellen Aenderungen; 3. die Verwachsungsprozesse inbezug auf die verschiedenen Vereinigungsmethoden bei der Uebertragung der Muskelfunktion direkt auf den Arm des Gelenkhebels.

Durch seine fleissigen experimentellen Untersuchungen ist er zu folgenden Schlüssen gekommen: Die Tenotomie hat fast konstant die langen Muskeln durch unpassende oder ausgebliebene anatomische Rekonstruktion ausser Funktion gesetzt. Bei der Verlängerung durch Spaltungspfropfung geschieht die Sorge für die Sehnenrekonstruktion auf Kosten und Verlust der eigenen Substanz: Diese Methode wird mit Erfolg ersetzt durch die Fernvereinigung mit Zwischenschaltung der Seidenstränge.

Die Verlängerung durch Spaltung ist nur indiziert bei alten Muskelretraktionen oder Kontrakturen, bei der Deviation der Glieder (speziell Füsse), wenn die Integrität in der Sehnenkontinuität sich dem Redressement entgegenstellt.

Die Naht von Sehne auf Sehne zwecks Ueberpflanzung hat dem Redner in den verschiedenen Modalitäten gute Resultate gegeben.

Als übertrieben hat sich die Befürchtung erwiesen, dass das Sehnenstück eines gelähmten Muskels, auf das die Ueberpflanzung eines gesunden Muskels ausgeführt worden ist, nachgebe oder sich verlängere, ja vielmehr hat Redn. sehen können, dass die Sehne in dem peripheren Stück sich durch Anpassung an die neue Funktion modifiziert und kräftigt.

Schliesslich erklärt sich Redner für einen Anhänger der Befestigung der zu überpflanzenden Sehnen mittelst Nägel wegen ihrer Einfachheit und Festigkeit. Klinisch und experimentell hat er die Ueberlegenheit dieser Methode konstatieren können.

Dalla Vedova. A proposito di un caso di costola cervicale bilaterale.

In einem Fall von doppelseitiger Halsrippe, welche rechterseits wegen schwerer Kompressionserscheinungen auf den Plexus und vor allem auf die Arterie reseziert wurde, hat die radiographische Untersuchung gezeigt, dass neben der morphologischen Variation des VII. Wirbels auch eine Variation des XIX. bestand.

Aus der in Rede stehenden Beobachtung nimmt Redner Veranlassung, um auf die Erklärung Garrés und Helbings der sogenannten „Skoliose durch Halsrippe“ einzugehen und sich der Meinung Drehmanns anzuschliessen, dass die Skoliosen, welche die Halsrippe begleiten, als angeborene Skoliosen zu deuten seien.



Diskussion. Putti erwähnt, einige Fälle von Halsrippen mit und ohne Skoliose radiographiert zu haben: falls diese bestand, war sie fast stets mit angeborenen Missbildungen der Wirbeln des cervicodorsalen Uebergangsstückes verbunden.

Nicoletti. Ulteriore contributo all' etiologia della cosi detta „Scoliosi abituale".

Redner erinnert an seine frühere Mitteilung über den gleichen Gegenstand auf dem IV. Kongress der italienischen orthopädischen Gesellschaft und legt die Radiographien eines weiteren Falles von Scoliosis adolescentium vor, bei dem er die unvollständige Verlötung des Bogens des I. Sakralwirbels so wie beim 3. der drei auf dem vorigen Kongress illustrierten Fälle angetroffen hat. Indem er sich vorbehält, seine Untersuchungen in dieser Hinsicht fortzusetzen und ein endgültiges Urteil erst dann abzugeben, wenn ihm eine ausgedehnte Statistik zur Verfügung stehen wird, macht er auf die relative Häufigkeit der Missbildung des I. Sakralwirbels bei den funktionellen Skoliosen (besonders wenn primär lumbal) aufmerksam, gleichsam als ob dieselben als echte statische Skoliosen auf der Ebene des ersten Sakralwirbels gedeutet werden müssten.

Diskussion. Putti behauptet, es sei unrichtig von numerischen Variationen der Wirbel als Ursache von Rückgratdeviationen zu sprechen. Diese Variationen können, entgegen der Anschauung von Böhm und seiner Nachfolger, nicht Ursache von Skoliose sein, ausser unter der Bedingung, dass sie zu gleicher Zeit morphologische Variationen der Wirbelmetameren sind, was Redner durch zahlreiche Skelettuntersuchungen hat kontrollieren können. Die anatomische Tatsache stimmt vollkommen mit der logischen Induktion überein, insofern als bei den reinen und einfachen numerischen Variationen der statisch-mechanische Faktor wegfällt, wo immer die Variation symmetrisch bleibt.

Nicoletti erklärt sich vollständig einig mit Putti und erinnert dafür an die auf dem vorigen Kongress ausgesprochene Hypothese über die Aetiologie der sogenannten habituellen Skoliose, nämlich, dass die numerischen und die schweren asymmetrischen morphologischen Variationen (Fehlen eines Halbkörpers, überzählige Halbkörper etc.) zweifellos sehr frühzeitige Alterationen erzeugen, die wir klinisch als „angeboren" bezeichnen, während die leichten, klinisch in den ersten Lebensjahren nicht wahrnehmbaren morphologischen Anomalien diejenigen sind, nach welchen bei den „funktio-



nellen Skoliosen" als den wahrscheinlichen ätiologischen Faktoren derselben radiologisch zu suchen ist.

Nicoletti. Contributo alla chirurgia conservativa degli arti.

Redn. stellt einen am 14. Juli 1908 im Spital der S. M. della Consolazione zu Rom operierten Pat. vor. Derselbe hatte eine äusserst schwere Verletzung an dem rechten Vorderarm davongetragen, mit dem er zwischen Riemen und Transmissionsrolle einer Dreschmaschine geraten war. Durch geeignete Anfrischung der Hautlappen, schonende Resektionen und Vereinigungen der Muskelbäuche der vorderen Gegend, durch Entfernung der abgesprengten Knochensplitter, Regulierung der Frakturenstümpfe, der Ulna und des Radius und darauffolgende Metallnaht der beiden Knochen, das Ganze vervollständigt durch eine ausgiebige etagenweise Drainage der verschiedenen anatomischen Lager der Region, hat Redn. das Glück gehabt, dem Pat. die rechte Hand erhalten zu können, während auf den ersten Blick die Amputation am oberen Drittel des entsprechenden Vorderarmes hätte notwendig erscheinen können.

Casalicchio. Di un corpo mobile libero nell'articolazione del gomito.

Redn. stellt einige Betrachtungen an hinsichtlich eines Falles von freiem beweglichen Körper, der sich bei der histologischen Untersuchung von knöchern-knorpeliger Natur erwies und im Istituto Rizzoli zu Bologna studiert wurde. Zunächst hebt er bei dem Fall besonders hervor, dass als ätiologisches Moment das Trauma anzusehen sei, wenngleich die objektive und radiographische Untersuchung nicht für diese Hypothese sprächen. Er bemerkt, dass es in solchem Fall möglich ist, dass der ursprüngliche bewegliche Körper an Grösse zugenommen habe und schliesst, dass der von ihm studierte bewegliche Körper zuletzt vollkommen frei geworden war.

Redn. teilt die Meinung derjenigen, welche darauf ausgehen, den Kreis der beweglichen Körper durch Traumen zu erweitern und bemerkt, dass die des Ellenbogens bedeutend häufiger sein müssen, als aus den Statistiken hervorgehe.

Er legt auch eine Radiographie eines beweglichen Körpers des Knies von zweifellos traumatischem Ursprung vor, um einen Vergleich mit der des von ihm studierten beweglichen Körpers des Ellenbogens zu geben. Schliesslich demonstriert er auch die Radiographie einer Kaninchenpfote, in der er experimentell durch Trauma einen beweglichen Gelenkkörper erzeugte.

Alessandri. Lussazione iliaca e frattura del collo del femore con neoartrosi e sinovite vegetante.

Redner teilt den Fall einer jungen Frau mit, welche im Februar 1907 eine traumatische Läsion der linken Hüfte von anfänglich zweifelhafter Diagnose davontrug und die, als er die Pat. im März 1908 untersuchte, eine hintere Luxation (Darmbeinvarietät) war. Es bestand keine Rotation der Extremität und diese konnte, abgesehen von der sichtlichen Verkürzung, als in normaler Haltung befindlich bezeichnet werden. Die Radiographie zeigte deutlich die Verlagerung des Kopfes, anormal die Beziehungen zwischen Kopf und Diaphyse und die Bildung einer Neoarthrose. — Nach Behandlung mit längerer Extension und vergeblichen Versuchen unblutiger Reduktion wurde Pat. operiert und es fand sich eine Arthritis deformans mit abundanten fibrös-knorpeligen Wucherungen sowie eine durch deformen Callus geheilte Fraktur des Halses. Es wurde die Resektion des deformen Kopfes und die möglichst vollständige Exzision der Neokapsel und der wuchernden Bildungen vorgenommen.

Das operative Resultat war ein vorzügliches; in letzter Zeit jedoch nach Beginn des Gehens, welches für das linke Bein gut möglich war, begann Pat. über Beschwerden und Schmerzen in der rechten Hüfte zu klagen. Objektiv bemerkt man ein grobes Reiben in diesem Gelenk und die Radiographie zeigt eine leichte Deformität des Femurkopfes und Fransen auf den Rändern der Gelenkhöhle, welche als intraartikuläre Neubildungen aufgefasst werden können.

Es ist also wahrscheinlich, dass auch in dem nicht traumatizierten symmetrischen Gelenk der gleiche Prozess einsetzt.

Nach dem Redn. würde der Fall, der einen Beitrag zur Kenntnis der jugendlichen Formen der Arthritis deformans liefert, den von einigen Autoren angezogenen nervösen Ursprung ihrer Natur bestätigen.

Schliesslich stellt Redn. einige Betrachtungen an über die Bedeutung des Traumas für die Genese der pathologischen Formen.

Putti. Sulla deformità di Madelung. (Studio anatomico.)

Putti illustriert ein schönes anatomisches Präparat der fraglichen Deformität, um nachzuweisen, dass die Schlüsse, zu denen er gelegentlich eines anderen von ihm klinisch studierten Falles derselben Missbildung gekommen war, als richtig anzusehen sind, dass die wahre Madelungsche Deformität von einer partiellen Läsion des distalen Konjugationsknorpels des Radius ausgeht, was jetzt von

allen zugegeben wird und vom Redn. auf Grund von radiographischen Dokumenten bereits 1906 nachgewiesen worden war. Dass der Entstehungsmechanismus der Deformität nicht der von den meisten angenommene ist (die palmare Flexion des Carpus gegen den Radius), sondern im Gegenteil mit den (dorsalen) Streckbewegungen der Hand gegen den Carpus in Zusammenhang steht.

Redn. betont auch die Wichtigkeit, dass die echte Madelungsche Deformität stets wohl von denjenigen unterschieden werde, welche ihr ähneln, ohne dass ihnen jedoch deren ätiologische und pathogenetische Faktoren zuzuerkennen seien.

Diskussion: Curcio erinnert Putti an den Entstehungsmechanismus einiger Deformitäten der Hand sekundär nach zentralen nervösen Läsionen, besonders bei den Kinderhemiplegien, und der des Handgelenkes durch Arthritis deformans.

Nach beispielsweiser Anführung eines von ihm wegen übermässigen Ueberwiegens der Flexoren über die Extensoren mit Resektion der unteren Ulnarepiphyse operierten Falles erklärt er, die Meinung Puttis nicht zu teilen, dass die Madelungsche Deformität aus einer überstarken Funktion der Extensoren der Hand folgen solle.

Romano glaubt, dass man die Madelungsche Deformität Manus „vara“ und nicht „valga“ nennen sollte und zwar mit Rücksicht auf die Stellung, in der man gewöhnlich das Skelett betrachtet.

Neri. I fenomeni nervosi consecutivi alla trazione unilaterale e bilaterale dello sciatico. (Studio clinico e sperimentale.)

Sangiorgi. Contributo allo studio delle deformità consecutive alle fratture endo-capsulari del collo femorale.

Redner teilt die Deformitäten nach endocapsulären Frakturen des Femurhalses in drei Hauptgruppen:

1. Coxa vara. 2. Multiple Deformitäten des oberen Fragmentes, analog der Arthritis deformans. 3. Pseudarthrosen.

Die beiden ersten Deformitäten seien dem jugendlichen Alter in der Wachstumsperiode eigen und die Coxa vara könnte sich verschärfen infolge Ernährungsstörung des oberen Fragmentes und darauffolgender Krümmung desselben. Denselben Wachstumsalterationen zu Lasten des Epiphysenknorpels schreibt er die Alterationen des Femurkopfes zu, die denen der Arthritis deformans analog sind. Er legt darüber verschiedene Radiographien vor.



Inbezug auf die Pseudarthrose unterzieht er die verschiedenen in Vorschlag gebrachten Mittel einer Betrachtung. Er bespricht die durch Bardenheuer, Whitemann, Moore und andere vertretenen unblutigen Methoden und verweilt des längeren bei der Darlegung der schon den Alten bekannten und durch die Amerikaner wieder zu Ehren gebrachten blutigen Methoden. Er weist auch auf die Entfernung des oberen Fragmentes hin in den Fällen übermässiger Kleinheit desselben oder ausgeprägter Schmerzhaftigkeit. Nicht stets für sicher hält er die Methode der Vernagelung besonders in den Fällen von geringer osteogenetischer Aktivität der Fragmente, und in den Fällen von alten Pseudarthrosen rät er zu der osteoplastischen Methode von Codivilla, bestehend in der Einpfropfung eines dem Darmbeinkamm entnommenen und durch einen langen Lappen, gebildet von dem Tensor fasciae latae, am Leben erhaltenen Knochenstückes auf den Femurhals, während die Fragmente zur Sicherung ihrer Vereinigung gleichzeitig vernagelt werden. Der Lappen wird verstärkt durch zwei die Frakturlinien umfassende Perioststreifen der Darmbeingrube.

Impallomeni. Su di una particolare anomalia di sviluppo dell' arto inferiore destro.

Redn. berichtet über einen im Istituto Rizzoli zu Bologna beobachteten und studierten Fall, bei welchem fast vollständig die distale Epiphyse der Tibia fehlte, die auf die blosse Apophysis malleolaris reduziert war. Die Fibula umgekehrt, welche allein für die Erfordernisse der Statik sorgen musste, war enorm hypertrophisch und kompakt in der Struktur, wie man aus dem Radiogramm ersah, von dem Redner ein Exemplar vorlegt. Er beschreibt darauf die verschiedenen morphologischen Variationen der unteren Portion der Unterschenkelknochen, beruhend auf dem Fehlen der unteren Gelenkfläche der Tibia und auf der daraus folgenden Einkeilung des Astragalus zwischen die beiden Malleolarapophysen.

Was die Therapie anbelangt, so glaubt er, dass das einzige ratsame Mittel die Arthrodesis tibio-fibulo-astragalica sei, indem man bei dieser Operation sucht, das Ende der Tibia auf die obere Fläche des Astragalus zum Aufliegen zu bringen.

Berlucchi. Considerazioni sopra due casi di femore varo unilaterale.

Berlucchi berichtet über zwei Fälle von einseitigem Femur varum und zeigt mittelst Projektionen die diesbezüglichen Photo-



graphien. Aus der Darlegung der Krankengeschichten hebt Redn. hervor, dass sich keines der gewöhnlichen ätiologischen Momente für die Erklärung der Deformation der Femora (Rachitismus, Osteomalazie, Pagetsche Krankheit . . .) ergibt. Ebenso schliesst er die angeborene Syphilis mit grosser Reserve aus, nur weil er über keine Elemente zu ihrer Annahme verfügt.

Er glaubt nicht an eine Erscheinung lädierten Trophismus noch an eine Knochenzyste, wenn gleich in der intraepiphysären Region auf den beiden Radiographien eine Zone umschriebener und gut begrenzter Rarefaktion des Knochengewebes augenscheinlich sei. Als Ursache schliesst er auch das Trauma und die daraus sich ergebende Epiphysenablösung aus.

Dagegen wäre Redn. in Anbetracht der ausgebliebenen Entwickelung der beiden fraglichen Extremitäten, welche sich durch eine Verkürzung von 7 cm bei dem einen und von 9 cm bei dem anderen kundgibt, und in Anbetracht der gleichzeitig ausgebliebenen Entwickelung der Tibia, nicht abgeneigt, den kongenitalen Ursprung der Deformität anzunehmen, welche nach sämtlichen Eigenschaften, die er angedeutet hat, einen besonderen Platz in der Nosographie verdient.

Anzilotti. Contributo alla cura delle fratture malleolari della tibia e del perone.

In den Fällen, in denen die Radiographie sehr starke Verlagerungen der Fragmente und vordere oder hintere Randfragmente zeigt, glaubt Redn., dass man blutig eingreifen könne, indem man die Reduktion und Metallnaht ausführt. Redn. berichtet über drei persönliche Fälle, die mit bestem Erfolg operiert wurden, und macht auf die Wichtigkeit des von ihm Geratenen aufmerksam, besonders da gewöhnlich, und umsomehr bei den nicht frischen Frakturen, die Reduktion schwierig und die folgende Steifheit der Articulatio tibio-fibulo-astragalica die Regel ist, während andererseits die Amyotrophien reflektorischen Ursprungs häufig sind.

Durch die blutige Behandlung werden die leichten Verlagerungen verhindert, die Mobilisierung kann frühzeitig geschehen und die Kinesitherapie zwecks Vermeidung der Gelenksteifheit und der Muskelatrophien kann früh einsetzen.

Redner hebt hervor, dass die Methode nicht verallgemeinert werden darf und selbstverständlich stets mit den sorgfältigsten Kautelen der Asepsis anzuwenden ist.



Diskussion. Galeazzi wirft ein, dass Anzilotti wahrscheinlich nicht so sehr von den echten Malleolarfrakturen als von den supramalleolaren zu sprechen beabsichtigt, da er sonst seine Anschauungen nicht teilen könnte, welche darauf ausgehen, den blutigen Eingriff in der Therapie solcher endoartikulären Frakturen vulgär zu machen, was er für äussert gefährlich halten würde. Aber auch was die diaphysären Frakturen angeht, seien es auch Splitterbrüche der Unterschenkelknochen, erkennt er die Indikation der offenen Behandlung nicht an, welche den Zug nicht erleichtert, der subkutan die Reduktion nicht gestattet hat. Er betrachtet die Indikation des blutigen Eingriffs und der Naht für eine Ausnahme und erinnert an die Dienste, die die Methode von Codivilla bei den Reduktionsmanövern der Verlagerungen leisten kann.

Galeazzi. Nuovo metodo operativo per la cura del ginocchio valgo rachitico.

Nach Betonung der Rationalität und Wirksamkeit des forzierten Redressements bei der Behandlung des Genu valgum adolescentium geht Redner auf die Untersuchung der Uebelstände ein, die diese Behandlungsmethode zuweilen bei der Behandlung des rachitischen Knies bietet und die er durch seine Operation zu beseitigen gesucht hat.

Diese besteht:

1. In der Plastik eines Teiles der Bizepssehne, um das äussere seitliche Ligament nach der Korrektion zu rekonstruieren.

2. In der Verlängerung des Restes der Bizepssehne.

3. In der offenen transversalen Durchschneidung aller Aponeuroseteile der äusseren seitlichen Region des Knies (Fascia lata, äusseres seitliches Ligament, Insertionssehne des äusseren Zwillingsmuskels, seitliches Flügelchen der Patella, Gelenkkapsel) unter Intaktlassung der Synovialis.

Die Operation ist nur ein vorbereitender Akt zum Wolffschen etappenweisen modellierenden Redressement.

Die höchst befriedigenden Resultate werden vom Redn. durch Photographien vor und nach dem Eingriff illustriert.

Diskussion. Curcio hält dafür, dass die brüske blutige oder unblutige Korrektion des Genu valgum stets den Vorzug verdiene.

Putti glaubt nicht, dass die Methode Galeazzis so ganz gefahrlos sei, wie ihr Autor behauptet, und verficht die Anschauung, dass die beste, einfachste, rascheste und ungefährlichste blutige Heilbehandlung die Lorenzsche subkutane Osteotomoklasie ist.



Galeazzi. Contributo alla cura del piede cavo paralitico.

Nach Hervorhebung der Schwierigkeiten, auf die man bei der Behandlung dieser Deformität stösst, beschreibt Redn. kurz seine eigene Technik, nachdem er eine von ihm an dem Stilleschen Apparat angebrachte Modifikation beschrieben hat, den er vorlegt. Darauf deutet er summarisch die operativen Ergänzungsmittel des Redressements an (multiple Tenotomien, Myotomien, Arthrotomien etc.).

Redn. geht darauf zur Beschreibung seines Verhaltens bei der Form von „Pes calcaneus sensu strictiori" über, bei der eine Modifikation in der Form und Richtung des Calcaneus besteht, in denen er wahrhaft gute Resultate erzielte, indem er die Osteotomie des Calcaneus, kombiniert mit Sehnenüberpflanzungen auf denselben, die er mit besonderer Technik ausführt, machte. Schliesslich empfiehlt er die Arthrodese der Articulatio mediotarsica bei den Formen des schlotternden paralytischen Hohlfusses und legt die Photographien und Radiographien der operierten Fälle vor und nach dem Eingriff vor.

Diskussion. Salaghi fragt, ob Galeazzi in Fällen von Hohlfuss nach Parese der Muskeln der vorderen äusseren Region des Unterschenkels zur Korrektion der Deformität die offene Durchschneidung der retrahierten Weichteile auf der inneren Plantarseite mit Einschluss der Sehne des Flex. long. hallucis für hinreichend gefunden habe. Bei einem 6—7 Jahre alten Mädchen erzielte Salaghi so ein vorzügliches Resultat.

Piantoli. Sulle esostosi del calcagno.

Ausgehend von den neueren Veröffentlichungen über diesen Gegenstand berichtet Redn. über zwei Fälle von Exostose des Calcaneus bei zwei jungen an gewöhnlichem Arthritismus leidenden Individuen, das eine wie das andere infolge erblicher arthritischer Belastung und gonorrhoischer Infektion. Bei beiden waren sie schmerzhaft, und der Schmerz zeigte sich an der typischen Stelle unter dem Fersenhöcker.

Beide zeigten Pedes plano-valgi. Nachdem er radiographisch den pathologischen Ursprung dieser Exostose gezeigt, geht er zur Besprechung ihrer Behandlung über. Diese besteht in ihrer ausgiebigen Exstirpation zusammen mit dem Periost und den benachbarten Weichteilen, wobei zur Vermeidung von Rezidiven weder Muskeln noch Bänder geschont werden.

Giani. Il muscolo tibiale anteriore e la patogenesi del piede piatto statico-meccanico.

Redner hat auf Grund anatomischer Untersuchungen an 300



Füssen speziell die Verteilungsweise der Sehne des M. tib. ant. an der Basis des ersten Metatarsale und am 1. Keilbein studiert, um zu erhärten, was er bereis in einer früheren Publikation (Zeitschrift für orthopäd. Chir. Bd. XIV) behauptet hatte, nämlich die Bedeutung des M. tib. ant. selbst in der Genese des statisch-mechanischen Plattfusses. Unter den 300 vom Redn. studierten Füssen war bei 5 der Ansatz der Sehne des Tib. ant. am 1. Metatarsale auf einfache Strängchen reduziert und bei 25 im Verhältnis von 1:10 inbezug auf die Insertion am 1. Keilbein. Bei ungefähr der Hälfte dieser Fälle erschien der Fuss normal gebildet, bei der anderen zeigte sich eine Tendenz zur Abplattung, die in einigen Fällen vollständig erreicht wurde. Diese Erscheinung wurde niemals vom Redn. in allen übrigen Beobachtungen angetroffen, in denen der Fuss die Insertion des Tib. ant. normal zeigte. Obwohl Redn. nicht entschieden behauptet, dass die Adduktionsstellung der Fussspitze ausschliesslich an die Wirkung des Tib. ant. und die Verteilung der Insertion seiner Sehne gebunden sei, hebt er doch hervor, wie die Ergebnisse seiner heutigen Untersuchungen mit dem früher von ihm Behaupteten in Einklang stehen und dass der Wirkung des M. tib. ant. ein nicht zu übersehender Platz unter den ätiologischen Faktoren des statisch-mechanischen Plattfusses zuzuerkennen sei.

Alegiani. Una macchina per movimenti universale a tipo economico.

Um bei der Heimbehandlung für die kostspieligen Apparate der Mechanotherapie einen Ersatz zu schaffen, hat Redner eine Maschine aus Holz konstruieren lassen, bei der nur die Zubehöre aus Metall sind. Die Maschine ist eine Pendelmaschine und eignet sich sowohl für aktive wie für passive Bewegungen. Die Bewegungsweite, welche man dem Gelenk geben will, lässt sich durch Verschiebung des Pendels an seiner Insertionsstelle an der Achse der Maschine regeln, und diese Verschiebung zusammen mit der durch die Oszillation erzeugten wird durch besonderen Goniometer registriert. Der Widerstand lässt sich durch Hinzufügung oder Wegnahme von Gewichten und durch Verschiebung derselben auf dem Pendel selbst verändern.

Er legt die Photographie der Maschine vor, welche auch für nur ein Gelenk konstruiert werden und den Privatleuten dienen kann, und hebt als nicht gleichgültigen Vorzug die geringen Kosten hervor.

Buccheri-Palermo.



31) Kongress der polnischen Chirurgen 1908.

S. Kasprzyk. Ueber die operative Behandlung der angeborenen Hüftgelenksluxation.

K. stellt eine Patientin vor, bei der nach längerer Extension die operative Einrenkung versucht und ausgeführt wurde. Man fand dabei ein sehr starkes lig. teres und eine flache Pfanne; diese wurde operativ vertieft, und dann die Einrenkung ausgeführt. Resultat der Operation noch nicht bekannt (wahrscheinlich Ankylose).

Krynski. Beitrag zur operativen Behandlung der angeborenen Hüftverrenkung bei älteren Patienten.

Bei 23jähriger Patientin mit einer Verkürzung von 11 cm und erschwertem Gehen eröffnete K. das kranke Hüftgelenk, eigentlich nur die Stelle, wo das Gelenk sich befinden sollte, fand kaum eine Spur von der Pfanne, kein lig. teres. Starke Extension und Herunterholen des Köpfchens (normal?) und Ausmodellierung einer neuen Pfanne oberhalb der natürlichen. In die neue Pfanne wurde das Köpfchen des Schenkelbeins hineingeführt in maximaler Abduktion. Resultat Ankylose und Verlängerung der luxierten Extremität um 7 1/2 cm. Patientin soll jetzt besser gehen und mit dem Resultat ganz zufrieden sein.

Tomaszewski. Beitrag zur operativen Behandlung der Pseudarthrose nach der Schenkelhalsfraktur.

T. hat zwei Elfenbeinstifte durch den Trochanter in den Schenkelkopf hineingeschlagen, und oberhalb desselben hat er noch einen Palissadenwall aus den Elfenbeinstiftchen in dem Os ilei gebildet. Der Gang der Patientin soll jetzt viel besser sein.

Chlumsky. Ueber die Behandlung der tuberkulösen Gelenke.

Ch. polemisiert gegen die Anschauung Lorenz, dass man bei Coxitis a priori eine gute Ankylose anstreben soll. Er führt eine ganze Reihe Fälle mit ausgezeichneter Beweglichkeit der Gelenke nach ausgeheilter Gelenkstuberkulose vor, warnt vor übermässig langer Fixierung der erkrankten Gelenke und empfiehlt besonders diätetische und Apparatenbehandlung. Besonders soll man mit Gipsverband vorsichtig sein.



32) **Internationaler Tuberkulose-Kongress in Washington.**
21./IX. — 12./X. 08.

Für den Orthopäden ist die Besprechung der Behandlung der Gelenktuberkulosen von Wichtigkeit.

Wilson (Philadelphia) ist gegen die Bettruhe und hat mit dem Lorenzschen Gipsverband die besten Resultate bei der Koxitis.

Calot (Berck) beschreibt seine Punktionsmethode (Jodoform, Kreosot, Aether, Olivenöl).

Weeks (Portland) spricht sich für Ruhe und Immobilisation aus.

Willard will alle Methoden zusammen angewandt wissen.

Beck (Chicago) zieht dem Jodoformäther seine Wismuthpaste vor.

Caravia (New-York) wendet das Cuguillièresche Serum an.

Willy Meyer (New-York) tritt für die Biersche Stauung ein, die allerdings an der Hüfte schwerer durchzuführen ist.

Ewald-Hamburg.

33) Aerztegesellschaft zu Athen.

Δελτίον ιατρικής εταιρείας. 1907. *τεύχ. Α.*

Gerulanos. Im Anschluss an die Vorstellung eines Falles von operiertem Genu valgum adolesc. verbreitet er sich über die bisher bekannten Theorien, die Aetiologie desselben betreffend. Er hält die pathologisch-anatomischen Befunde Mikuliczs für rein statische und will zu diesen noch die Muskeltätigkeit spez. die des Bizeps für die Entstehung der Deformität verantwortlich machen. Diesen kräftigsten aller Kniegelenksmuskeln lässt G. das Uebergewicht über die übrigen bekommen und so die fehlerhafte Stellung hervorrufen.

Chrysospathes, der über seine bisher blutig operierten Fälle von statischem Genu valgum zugleich referiert, spricht zwar der Muskeltätigkeit eine gewisse Wirkung in dem Sinne des Vortragenden nicht ab, bestreitet aber. dass diese, plus Körperlast und Uebermüdung, sei es auch im Pubertätsalter, allein im Stande seien eine solche Deformität hervorzurufen, wenn nicht zugleich eine bestimmte Disposition der Knochen dazu vorhanden ist, was sich daraus entnehmen lässt, dass nicht alle, die in den Pubertätsjahren sich befinden, an Genua valga leiden. Leider ist diese Disposition von solchen Organismen bis zur Stunde nicht bekannt. Ob sie mit der von Stieda vorgebrachten lymphatisch-chlorotischen Diathese zusammenhängt, muss noch bewiesen werden.

Chrysospathes-Athen.

34) **Umber** (Altona), Aerztlicher Verein in Hamburg. 1. XII. 08.

Zur Pathologie und Therapie der Gicht: Aus den Stoffwechseluntersuchungen, die U. während der letzten 5 Jahre an 137 Fällen von Gicht gemacht hat, kommt er zu folgenden Schlüssen: Das Wesen der Gicht besteht in einer Aufstapelung von Harnsäure in den Geweben des Körpers; in einer Retention. (Demonstration von Gelenkpräparaten, wo prachtvolle Uratablagerungen.) Die Harnsäure wird in noch geringerer Menge ausgeschieden, als von Hungerkünstlern, wo doch nur die endogene Harnsäurebildung (aus den Körpergeweben selbst) inbetracht kommen kann. Gesetz ist fernerhin, dass kurz vor dem Anfall die Harnsäuremenge ausserordentlich klein ist, im Anfall jedoch rapid in die Höhe geht und dann wieder retiniert wird. Dieser Modus kommt bei anderen Erkrankungen der Gelenke (Arthritis deformans) nie vor, hier ist die Kurve der Harnsäureausscheidung annähernd auf einer Höhe. Diese Tatsache ist für die Diagnose der Gelenkerkrankung äusserst wichtig, da die Arthritis urica mit der chron. deformierenden Arthritis klinisch ganz gleiche Bilder geben kann.

Die Gewebe haben in verschiedenem Grade die Eigenschaft Urate in sich aufzustapeln, namentlich besitzt der Knorpel eine ganz besonders intensive Affinität zur Harnsäure.

Therapie: Purinarme Nahrung (Thymus, Niere, Leber, Hirn sind aus der Ernährung auszuscheiden). Fleisch darf in der anfallsfreien Zeit nach Massgabe der individuellen Toleranz gegeben werden, im Anfall nicht.

Reichlich Wasserzufuhr begünstigt sehr die Ausscheidung der Harnsäure, während alkalische Wasser sie verschlechtern und die Bildung von Tophi begünstigen. Die medikamentöse Therapie ist durchaus unwirksam (ausser Colchicum während des Anfalls).

Sehr bewährt hat sich die Körperbewegung, die die Verbrennung der Harnsäure befördert. **Ewald**-Hamburg.

35) **Sabadini** (Algier). L'association française de Chirurgie. Paris 5.—10. Oktober 1908.

Gaz. des hôpitaux. 1908, p. 1530.

Seit vier Jahren hat S. bei Frakturen des Unterschenkels, Ellenbogens, Femur, Patella und Unterkiefer die Knochen-Vereinigung mittels Spangen (Jacoël-Dujarier) durchgeführt und sehr befriedigende Resultate erzielt. Namentlich seine 10 Fälle von so behandelten Patellarfrakturen haben die Leichtigkeit und Sicherheit des Verfahrens gezeigt.



M. van Stockum (Rotterdam) wendet sich gegen diese Verallgemeinerung der blutigen Frakturbehandlung. Mit L. Championnière ist er der Meinung, dass auch bei unvollkommener anatomischer Heilung das Resultat sehr befriedigend sein kann.

Ewald-Hamburg.

36) **Böhm.** Die Hessingsche orthopädische Technik.

Berliner klin. Wochenschr. No. 48 08.

Die Hessingschen Apparate bewirken 1) Entlastung, 2) Fixation, 3) Extension, 4) Redression, 5) Ersatz gelähmter Muskeln. Sie finden Anwendung bei 1) Knochenbrüchen, 2) Knochen- und Gelenkerkrankungen, 3) Deformitäten und 4) Lähmungen. H. empfiehlt den praktischen Aerzten die Apparate und will sie auch, event. modifiziert, den ärmeren Patienten zugänglich gemacht wissen. Er erinnert daran, dass die Apparate nicht die Hauptrolle spielen, besonders bei den Deformitäten und Lähmungen, sondern nur für den Orthopäden als Adjuvantien und zur Nachbehandlung in Frage kommen.

Meyer-Heidelberg.

37) **Krieg.** Aerztlicher Verein in Hamburg 15. XII. 08.

K. stellt swei Mädchen vor, von denen eine einen phthisischen Habitus hatte und durch Atemübungen (Brust- und Flankenatmung), die über Monate im Hause unter zeitweiser ärztlicher Kontrolle fortgesetzt wurden, eine beträchtliche Thoraxerweiterung sowie eine grössere Differenz zwischen maximaler Ein- und Ausatmung (von 4 auf 8 cm) bekam. Im anderen Fall handelte es sich um eine hochgradige rhachitische Skoliose, die mit gänzlich starrem Thorax in die Behandlung trat und durch Atemübung einen äusserst mobilen Thorax und Sternum bekam. Durch das Klappsche Kriechverfahren glaubt K. eine Abflachung des Rippenbuckels erzielt zu haben.

Ewald-Hamburg.

38) **Deutschländer.** Aerztlicher Verein in Hamburg. 15. XII. 08.

Bei einem achtjährigen Kinde mit angeborenem Schulterblatthochstand, vergesellschaftet mit Klumpfuss und Verschmelzung der 3. und 4. Rippe hat D. den Angulus scapulae sup. subperiostal reseziert, ferner das Schulterblatt von einem Schnitt am Innenrande mobilisiert und schliesslich den schwachen Serratus durch einen Teil des pectoralis major verstärkt, indem letzterer auf den Angulus scapulae inferior transplantiert wurde. Resultat: der linke Arm wird bis zur Senkrechten erhoben.

Ewald-Hamburg.



39) **R. Picqué.** Société de Chirurgie de Paris. Juni 1908.
Arch. générales de chir. 1908, 9, p. 265.

Demonstration eines Falles von Lähmung des Plexus brachialis (Duchenne-Erb) nach disloziert geheilter Fraktur der Klavikula im äusseren Drittel. — Resektion des Kallus, Naht der Klavikel, Heilung der Lähmung. **Ewald**-Hamburg.

40) **Tuffier.** Société de chirurgie de Paris. Juni 1908.
Arch. générales de chir. 1908. 9, p. 264.

T. stellt eine Radiusfraktur vor, die mit starker Dislokation geheilt ist und trotzdem funktionell keine Störungen hinterlassen hat. Er glaubt, dass die Kallusproduktion bei den Gelenksteifigkeiten eine grössere Rolle spielt als die Dislokationen.

Lucas-Championière betont, dass sachgemässe aber zu lange dauernde Immobilisation bei Frakturen mehr Unheil angerichtet haben, als unsachgemässe Bewegungsübungen.
Ewald-Hamburg.

41) **Delbanco.** Aerztlicher Verein in Hamburg. Biologische Abt. 24. Nov. 1908.

D. hat bei einem 12jährigen Araberjungen einen partiellen Riesenwuchs dreier Finger einer Hand beobachtet. Zwei davon waren syndaktylisch miteinander verbunden und ulnarwärts abduziert. Ein sechster Finger fand sich als Appendix am ulnaren Rande der Hand.

Preiser zeigt das schon einmal demonstrierte Bild von einem ähnlichen Fall und zugleich auch die Röntgenphotographie, die beweist, dass neben den Weichteilen auch die Phalangen und Metakarpalia vergrössert sind. Er weist auf die Notwendigkeit einer Operation hin, da — wie auch Delbancos Fall beweist — ein Stillstand im exzessiven Wachstum nie vorzukommen scheint.
Ewald-Hamburg.

42) **Becker.** Aerztlicher Verein Rostock. 12. IX. 1908.
(Münch. med. Wochenschr. 1908, Nr. 45, p. 2365.)

1. Demonstration von Röntgenbildern einer 19jährigen Patientin, bei der eine Korrektur der nach spontan ausgeheilter Phalangen-Spina ventosa zurückgebliebenen hochgradigen Fingerverkrümmungen durch keilförmige Osteotomie vorgenommen war.

2. Ersatz der Spina ventosa durch freie Transplantation einer dem distalen Ulnaende desselben Armes entnommenen Periostknochenspange.



3. Dasselbe Verfahren nach Exstirpation der Grundphalanx wegen **Myxochondrom**.

4. Ersatz eines 4 cm grossen Tibiadefektes (wegen Pseudarthrose gesetzt) durch eine Periostknochenspange aus der Tibia des andern Beines.
Ewald-Hamburg.

43) **Bernhardt.** Verein für innere Medizin zu Berlin. 23. XI. 1908.
(Münch. med. Wochenschr. 1908. 48, p. 2514.)

B. stellt einen Knaben mit Atrophie der kleinen Handmuskeln vor, die sich im Anschluss an eine Unterarmfraktur durch Läsion der Endäste des Ulnaris und Medianus entwickelt hat. — Bei einem Mann, der als Kind eine Ellenbogengelenksfraktur erlitten hatte, hat sich jetzt erst nach funktioneller Anstrengung der rechten Hand eine Atrophie der Interossei ausgebildet (Folge der alten Ulnarisläsion).
Ewald-Hamburg.

44) **Deutschländer.** Aerztlicher Verein in Hamburg. 15. XII. 1908.

D. hat bei Lähmung des glutaeus medius und minimus nach Kinderlähmung die gelähmten Muskeln in der Weise durch den glutaeus maximus ersetzt, dass er das dreifingerbreite obere Stück von der Crista ilei abpräparierte und zur Spina ant. sup. leitete, wo er es fixierte. D. glaubt dadurch dem (schlotternden) Hüftgelenk eine grössere Festigkeit gegeben, sowie die Femurrotation verbessert zu haben.
Ewald-Hamburg.

45) **Commandeur.** Société de chirurgie de Lyon. 6. Juni 1907.
Revue de chir. 1907. 7, p. 139.

C. berichtet über zwei Patienten, denen vor 10 resp. 12 Jahren das Hüftgelenk wegen Karies reseziert worden ist. Abgesehen von der Atrophie des Beines und der Verkürzung (8—10 cm!) ist das Resultat gut. Die Beweglichkeit in der Hüfte ist normal (!), die Stellung des Beines gut, das Becken wohlgebildet, die Geburten ohne Besonderheiten. Die Patientinnen hinken zwar etwas, können aber gut und ausdauernd gehen.

In der Diskussion spricht Vincent die Ueberzeugung aus, dass die Resektion viel mehr als die konservative Behandlung der Coxitis imstande ist, Beckendeformationen zu verhindern.
Ewald - Hamburg.

46) **Klingelhöffer.** Aerztlicher Verein zu Frankfurt am Main. 6. VII. 1908.
(Münch. med. Wochenschr. 1908. 45, p. 2362.)

Vortr. hat vor 6 Wochen selbst unbemerkt eine Fraktur des



II. Metatarsalknochens erlitten. Die Diagnose wurde erst durch das Röntgenbild sicher gestellt. Jetzt ziemlich dicker Callus. Die Gehstörung ist noch sehr beträchtlich, kaum 500 Schritte sind möglich, was für die Begutachtung derartiger Unfälle von Wichtigkeit ist.

Ewald-Hamburg.

47) **Kirmisson.** Société de chirurgie de Paris. 4. Nov. 1908.

Gazette des hôpitaux. 1908, p. 1532.

K. spricht sich scharf gegen die Anschauung Poncets aus, dass der Plattfuss der Adolescenten mit der Tuberkulose irgendwie in Beziehung stehe, auch jeglichen nervösen Einfluss (Reynier) muss er auf Grund seiner Erfahrungen an 600 Plattfussfällen leugnen. Die Tatsache, dass die Kontraktur in der Narkose nachlässt, sei kein Beweis dafür. Aetiologisch glaubt K. für den Plattfuss rein mechanische Momente heranziehen zu müssen; auch eine Arthritis sicca (Gosselin) sei nicht die Ursache, sondern die Wirkung von einem Plattfuss.

Ewald-Hamburg.

48) **Reynier.** Société de chirurgie de Paris. 28. X. 1908.

Gazette des hôpitaux. 1908. Nr. 125.

R. scheidet den Plattfuss der Adolescenten scharf von der symptomatischen Tarsalgie bei Gonorrhoe, Tuberkulose und Arthritis sicca. Er kann über 82 Fälle berichten, bei deren Eltern resp. bei denen selbst nervöse Störungen nachzuweisen waren (Pharynx- und Konjunktivalanästhesie, Sensibilitätsstörungen, vasomotorische Störungen. Er hält daher den kontrakten Plattfuss für ein nervöses Leiden, das auch dementsprechend zu bekämpfen ist.

Ewald-Hamburg.

Einladung

zum

VIII. Kongress der Deutschen Gesellschaft für orthopädische Chirurgie.

Der VIII. Kongress der Deutschen Gesellschaft für orthopädische Chirurgie wird in der Osterwoche, am **Dienstag, den 13. April** (dem Tage vor der Zusammenkunft der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie) im **Langenbeck-Hause**, Ziegelstr. 10/11, stattfinden. Die Eröffnung des Kongresses wird vormittags 9 Uhr erfolgen.



Es wird beabsichtigt, folgende 12 Fragen aus dem Gebiete der angeborenen Hüftverrenkung zur Diskussion zu stellen:

1. Anteversion und Sagittalstellung. Referent: Herr Drehmann, Breslau.
2. Wie oft findet sich in den luxierten Gelenken eine angeborene Coxa vara? Referent: Herr Spitzy, Graz.
3. Wie oft findet sich in den luxierten Gelenken gleichzeitig eine angeborene Coxa valga? Referent: Herr Stieda, Königsberg.
4. Die Entstehung und Bedeutung der nach der Reposition öfters beobachteten erworbenen Coxa vara. Referent: Herr Fröhlich, Nancy.
5. Die Bezeichnung der verschiedenen Stellungen des Oberschenkels. Referent: Herr Rosenfeld, Nürnberg.
6. Die heutige Technik der Reposition. Referent: Herr Lorenz, Wien.
7. Die Retention durch Kapselschrumpfung. Referent: Herr Gocht, Halle.
8. Die Retention durch Neubildung des knöchernen Pfannendaches. Referent: Herr Joachimsthal, Berlin.
9. Vorschläge zu einer Sammelforschung über die bisherigen Ergebnisse der unblutigen Einrenkung. Referent: Herr Ludloff, Breslau.
10. Lähmungen nach Einrenkung der angeborenen Hüftverrenkung. Referent: Herr Bade, Hannover.
11. Die anatomischen und funktionellen Resultate der unblutigen Einrenkung bei älteren Personen. Referent: Herr Becher, Münster.
12. Die blutige Einrenkung. Referent: Herr Reiner, Wien.

Die Herren Referenten werden nur kurz (durchschnittlich 5 Minuten) über die Ergebnisse ihrer Untersuchungen berichten. Eine ausführliche Veröffentlichung ist in den Verhandlungen beabsichtigt. Um eine recht ergiebige Diskussion jeder einzelnen Frage zu ermöglichen, werden die Herren Diskussionsredner gebeten, ihre Bemerkungen ebenfalls möglichst knapp zu fassen und die Zeit von 3 Minuten nicht zu überschreiten.

Die Herren Referenten haben sich dahin geeinigt, bei den Röntgenaufnahmen jeder Hüftverrenkung die Antikathode der Röhre auf den Mittelpunkt der Verbindungslinie beider Spinae il. ant. sup. einzustellen und möglichst von jedem Patienten 2 Bilder aufzunehmen. Die erste Aufnahme soll die Frage, wie oft eine Anteversion oder Torsion des Femur vorkommt, entscheiden und bei Parallelstellung beider Füsse (Patellae nach vorn) gemacht werden. Eine zweite Aufnahme bei starker Innenrotation soll dazu dienen, für die Häufigkeit der Coxa vara und Coxa valga Material zu schaffen.

Um ein möglichst grosses und gleichmässiges Material zu gewinnen, werden die Mitglieder der Gesellschaft gebeten, bei den Röntgenaufnahmen nach Möglichkeit die gleiche Methode anzuwenden.

Die Fragen 1—4 sollen Montag Abend besprochen werden, um die Möglichkeit einer Projektion von Röntgenbildern zu haben. Am Dienstag sollen nach der Eröffnung des Kongresses zunächst die Herren zu Wort kommen, welche Patienten von auswärts zur Demonstration mitgebracht haben. An die Demonstrationen soll sich die weitere Diskussion über angeborene Hüftverrenkung anschliessen. Der Nachmittag wird in der bisherigen Weise zur Erledigung der Generalversammlung und zur Entgegennahme von Vorträgen aus allen Gebieten der Orthopädie verwandt werden.



Vorträge und Mitteilungen bitte ich möglichst bald — spätestens bis zum 1. März — bei Herrn Professor Dr. Joachimsthal Berlin W. Genthinerstrasse 16 anzumelden und eine Inhaltsangabe des Vortrages beifügen zu wollen. Mit dem Kongress soll eine Ausstellung von Präparaten der angeborenen Hüftverrenkung verbunden werden. Anmeldungen werden ebenfalls an Herrn Professor Dr. Joachimsthal erbeten.

Vorzustellende von auswärts kommende Kranke finden in der Kgl. chirurgischen Klinik des Herrn Geheimrat Professor Dr. Bier (Ziegelstrasse 5/9) Aufnahme.

Anmeldungen neuer Mitglieder bitte ich mit der Unterschrift dreier Mitglieder der Gesellschaft gleichfalls an Herrn Professor Dr. Joachimsthal zu richten.

Fritz Lange - München.

Einladung.

Vom **23. bis 27. Mai 1909** findet in **Rom** der

II. Medizinische Unfallkongress

statt.

Der italienische Ausschuss besteht aus den Herren Professoren Bacelli und Durante als Ehrenpräsidenten, den Herren Marchese Ferrero di Cambiano, Präsidenten der Nationalbank und Dr. Magaldi aus dem Handelsministerium als Ehrenvizepräsidenten, dem Herrn Professor Ottolenghi-Rom, Direktor des Instituts für ger. Medizin als Präsidenten, dem Generalinspektor des Militärsanitätswesens, Generalleutnant Dr. Randone, Professor Allesandri, Dr. Ricchi und Professor Dr. Rossoni-Rom, als Vizepräsidenten.

Als allgemeine Themata sind bis jetzt in Aussicht genommen:

1. Aerztliche Organisation bei Unfällen und Massenverunglückungen. Referent: Generalarzt Dr. Düms, Leipzig.
2. Organisation der gerichtsärztlichen Sachverständigentätigkeit bei Unfällen. Vortrag hierzu angemeldet von Dr. Miller, Bayreuth.
3. Nachweis und Prognose der Unfallneurosen.
4. Arbeitsfähigkeit vor und nach dem Unfalle. Referent: Professor Dr. Liniger, Düsseldorf, beziehungsweise wird derselbe einen zu dem Thema gehörigen Vortrag halten.
5. Einfluss der Entschädigungsart auf den Verlauf sogenannter Unfallneurosen. Referenten: Professor Dr. Thiem, Cottbus und Professor Dr. Windscheid, Leipzig.
6. Unfallstatistik. Vortrag hierzu angemeldet von Dr. L. Feilchenfeld, Berlin.
7. Die funktionelle Anpassung der verletzten Glieder. Referent: Professor Dr. Liniger, Düsseldorf, beziehungsweise wird derselbe einen zu dem Thema gehörigen Vortrag halten.



8. **Herzkrankheiten und Unfall.** Referent: Professor Dr. Rumpf, Bonn.
9. **Simulation.** Referent: Geh. Med.-Rat Professor Dr. L. Becker, Berlin.
10. In welchen Heilanstalten wird die Behandlung von Unfallverletzten am besten durchgeführt? Referent: Professor Dr. Vulpius, Heidelberg.

Ausserdem hat Herr Professor Dr. I. Riedinger, Würzburg, einen Vortrag angekündigt über Hysterische Haltungstypen und Herr Oberarzt Dr. Sudeck, Hamburg, über traumatische Knochenatrophieen.

Es wird zu dem Besuche des Kongresses mit dem Bemerken ergebenst eingeladen, dass in Italien erhebliche Fahrpreisermässigungen auf den Eisenbahnen und Dampfschiffen in Aussicht gestellt sind. Die Teilnehmer am Kongress haben einen Beitrag von 20 Franks zu zahlen, wofür ihnen der Kongressbericht nach Fertigstellung kostenfrei zugestellt wird.

Es wird gebeten, den Beitrag von 20 Franks möglichst bald an den Rendanten des Kongresses, Herrn Professor Dr. Asconelli, Rom Via Borgogna 38, einzusenden, worauf die Zuschickung der zur Erlangung der Fahrpreisermässigung nötigen Mitgliedskarte erfolgt.

Anmeldungen zu Vorträgen aus dem gesamten Gebiet der Unfallheilkunde werden möglichst bald an den mitunterzeichneten Professor Thiem, oder an den Generalsekretär des Kongresses, Herrn Dr. Ferreti dott. Tito-Rom, Via Borgogna 38 erbeten.

Die Vorträge können in deutscher, französischer oder italienischer Sprache abgefasst werden und sind spätestens bis zum 15. April an den Generalsekretär des Kongresses sowohl in vollem Umfange, wie in einem Auszuge einzureichen. Der Vortrag selbst wird auf dem Kongress mündlich ebenfalls nur in Gestalt eines Auszuges dem wesentlichen Inhalt nach wiedergegeben.

Der Landesausschuss für Deutschland.

Ober-Med.-Rat Prof. Dr. v. **Angerer**-München, Geh. Hofrat Prof. Dr. **Axenfeld**-Freiburg i. Breisgau, Dr. **Ferdinand Bähr,** leit. Arzt des Rekonvaleszentenhauses in Hannover, Priv.-Doz. Dr. **Balsch**-München, Geh. Med.-Rat Dr. **L. Becker**-Berlin, San.-Rat Dr. **Bogatsch**-Breslau, Staatsrat Prof. Dr. **P. v. Bruns**-Tübingen. San.-Rat Prof. Dr. **Bruns**-Hannover, Dr. **Bettmann,** Leiter des Unfallgenes.-Heims, Leipzig, San.-Rat Dr. **Cramer,** Augenarzt, Cottbus, Geh. Med.-Rat Dr. **Cramer**-Göttingen, Dr. **Dreyer,** Dir. Arzt des Med. mech. Instituts, München, Generalarzt Dr. **Düms**-Leipzig, Dr. **L. Feilchenfeld**-Berlin, Dr. **Frank,** ärztl. Direktor der Berl. Unfallstation vom Roten Kreuz, Berlin, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Fürbringer,** Berlin, Prof. Dr. **Gaupp**-Tübingen, Dr. **H. Gocht**-Halle a./S., Geh. Hofrat Dr. **Hoche**-Freiburg i./Br., Prof. Dr. **G. Joachimsthal**-Berlin, Dr. **E. Josef**-Berlin, Generaloberarzt Dr. **A. Köhler**-Berlin, Dr. **Kohler**-München, Dr. **Kormann**-Leipzig, Prof. Dr. **F. Lange**-München, Dr. **Lossen**-Darmstadt, Prof. Dr. **Ledderhose**-Strassburg, Prof. Dr. **Liniger**-Düsseldorf, Med.-Rat Dr. **A. Leppmann**-Berlin, Prof. Dr. **George Meyer**-Berlin, Dr. **Max Miller**-Bayreuth, Oberarzt Dr. **Nonne**-Hamburg, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Oberst**-Halle a./S., Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Passow**-Berlin, Prof. Dr. **A. Peters,** Direktor der Un.-Augenklinik, Rostock, San.-Rat Dr. **Plettner**-Dresden, Prof. Dr. **Puppe**-Königsberg, Prof. Dr. **I. Riedinger**-Würzburg, San.-Rat Dr. **Rödiger**-Frankfurt a./M., Dr. **Röpke**-Solingen, Prof. Dr. **Rumpf**-Bonn, Prof. Dr. **Sarwey**-Rostock, San.-Rat Prof. Dr. **Schütz**-Berlin, Prof. Dr. **A. Schulz**-Halle a./S., Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **F. Strassmann**-Berlin, Dr. **Paul Steffer**-Leipzig, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **v. Strümpell**-Breslau, Oberarzt Dr. **Sudeck**-Hamburg, Geh. San.-Rat Prof. Dr. **Thiem**-Cottbus, Prof. Dr. **Vulpius**-Heidelberg, Prof. Dr. **Windscheid**-Leipzig, Prof. Dr. **Ziemke**-Kiel.

Inhalt: Bücherbesprechungen: Strasser, Lehrbuch der Muskel- und Gelenkmechanik. — **Calot,** L'orthopédie indispensable aux praticiens. — **Freund** und **Mendelsohn,** Der Zusammenhang des Infantilismus des Thorax und des Beckens. — **Hennequin** und **Loewy,** Les luxations des grandes articulations, leur traitement pratique. — **Chaput,** Les fractures malléolaires du Cou-de-Pied et les accidents du travail. — **Carnot, Dagron, Ducroquet, Nageotte-Wilbouchewitsch, Gautru, Bourcart,** Kinésithérapie, Massage, Mobilisation, Gymnastique. — **Sommer,** Jahrbuch über Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiet der physikalischen Medizin. — **Wetterer,** Handbuch der Röntgentherapie nebst Anhang: Die Radiumtherapie. — **Schneidemühl,** Spezielle Pathologie und Therapie der Haustiere.

Referate: 1) **v. Baeyer,** Aufgaben der Orthopädie. — 2) **Rosenfeld,** Prophylaxe der Verkrüppelung. — 3) **Schanz,** Jodpinselungen zur Erzielung schmaler Narben. — 4) **Neeggerath,** Elephantiasis congenita. — 5) **Bier,** Lokalanästhesie-Erzeugung. — 6) **Tachau,** Lumbalanästhesie mit Stovain. — 7) **Köhler,** Erkrankung kindlicher Knochen. — 8) **Beck,** Osteoarthritis deformans. — 9, 10) **Seedorf, Barth,** Knochenplastik. — 11) **Lexer,** Gelenktransplantation. — 12) **Poncet,** Tuberkulöse Entzündung. — 13) **Beck,** Diagnose und Behandlung von Fisteln. — 14) **Dollinger,** Behandlung tuberkulöser Abszesse. — 15) **Schiller,** Muskelresektion. — 16) **Ziehen,** Beziehungen zwischen angeborenen Muskeldefekten, infantilem Kernschwund und Dystrophia muscularis progressiva infantilis. — 17) **Schwarz,** Muskelschmerzen. — 18) **Heimann,** Muskel- und Sehnen-Verletzungen. — 19) **Bardenheuer,** Behandlung der Nerven bei Amputationen. — 20) **Thilo,** Orthopädische Technik. — 21) **Gocht,** Technische Neuerungen. — 22) **Rosenthal,** Physiologie der Massage. — 23) **Zweig,** Begutachtung der Wirbelsäulenverletzungen. — 24) **Baradulin,** Kasuistik der Halsrippen. — 25) **Möhring,** Heilapparat bei der Skoliose. — 26) **Kaufmann,** Funktionsausfall des linken M. sacrospinalis als Unfallfolge. — 27, 28) **Stich, Lozano** und **Ponce de Leon,** Fussgelenkstuberkulose. — 29) **Lehr,** Verdickung des Taluskörpers als Ursache von Klumpfussrezidiven.

Aus Kongress- und Vereinsberichten: 30) **V. Kongress der italienischen orthopädischen Gesellschaft.** — 31) **Kongress der polnischen Chirurgen 1908.** — 32) **Internationaler Tuberkulose-Kongress in Washington.** — 33) **Gerulanos, Chrysospathes,** Genu valgum adolesc. — 34) **Umber,** Pathologie und Therapie der Gicht. — 35) **Sabadini,** Frakturen. — 36) **Böhm,** Hessingsche orthopädische Technik. — 37) **Krieg,** Atemübungen. — 38) **Deutschländer,** Angeborener Schulterblatthochstand. — 39) **Picqué,** Lähmung des Plexus brachialis. — 40) **Tuffier,** Radiusfraktur. — 41) **Delbanco,** Partieller Riesenwuchs dreier Finger. — 42) **Becker,** Demonstrationen. — 43) **Bernhardt,** Atrophie der kleinen Handmuskeln. — 44) **Deutschländer,** Ersatz des gelähmten Glutaeus medius und minimus. — 45) **Commandeur,** Resektion des Hüftgelenks wegen Karies. — 46) **Klingelhöffer,** Fraktur des II. Metatarsalknochens. — 47, 48) **Kirmisson, Reynier,** Ueber den Plattfuss der Adoleszenten. — Einladung zum **VIII. Kongress der Deutschen Gesellschaft für orthopädische Chirurgie.** — Einladung zum **II. Medizinischen Unfallkongress.**

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. Dr. **O. Vulpius** in Heidelberg, Luisenstr. 1—3, oder an die Verlagsbuchhandlung **S. Karger** in Berlin NW 6, Karlstr. 15, einsenden.

Zentralblatt
für
Chirurgische und mechanische Orthopädie
einschliesslich der gesamten Heilgymnastik und Massage.

Redigiert von
Prof. Dr. O. Vulpius
in Heidelberg.

Verlag von
S. Karger in Berlin
NW., Karlstrasse 15.

Monatlich erscheint ein Heft im Umfang von 48 Seiten. Preis des Jahrgangs Mk. 15,—. Zu beziehen durch die Post und durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes.

Bd. III. **April 1909.** **Heft 4.**

Spiralfederredresseur zur Behandlung des runden Rückens und der rachitischen Kyphose.

Von
Dr. C HÜBSCHER,
Dozent für Orthopädie in Basel.

Bei der Behandlung der Rückgratsverkrümmungen machen wir von fixierenden und redressierenden Verbänden den sparsamsten Gebrauch und suchen unser Heil neben der Kräftigung der Muskulatur in einer konsequenten Einübung der sog. „bestmöglichsten Haltung". Der Pat. wird zur Selbstkontrolle erzogen, indem er alle Redressions- und Atemübungen vor einem dreiteiligen Winkelspiegel macht, in welchem er seine verkrümmte Rückenfläche, oft zum ersten Mal im Leben, selbst sehen kann.

Dennoch gibt es häufig Fälle von Haltungsfehlern und Verkrümmungen in sagittaler Richtung, welche auch ausserhalb der Uebungsstunden einer beständigen Verbesserung bedürfen. Es betrifft dies nicht nur die noch teilweise fixierte rachitische Kyphose, sondern auch den gewöhnlichen runden Rücken. Gerade in letzterem Falle kommen wir oft nicht vorwärts, sei es, dass die Muskulatur tatsächlich noch zur Aufrichtung zu schwach ist oder dass die Energie und der gute Wille der Pat. ebenso schlaff sind, als die Erectores trunci.

Apparate nun, welche in der Zwischenzeit neben den Uebungen getragen werden sollen, sind in grosser Zahl konstruiert worden.



Wer sich dafür interessiert, findet dieselben in dem ausgezeichneten Handbuch der Orthop. Technik von Schanz zusammengestellt.

Die meisten dieser Apparate, die gewöhnlich mit einer rückwärts federnden Rückenschiene arbeiten, haben den Nachteil, dass sie gleichzeitig die seitlichen Bewegungen des Körpers hemmen und somit einen grossen Teil der Rumpfmuskulatur kalt stellen. Ferner ist der Druckpunkt, d. h. die Stelle, von wo aus die redressierende Kraft ausgeht, ein unveränderlicher und durch die Krümmung der Feder ein für allemal gegebener.

Diese Nachteile suchte ich bei der Herstellung meines Redresseurs zu vermeiden:

Nach nebenstehenden Zeichnungen (Fig. 1 u. 2) besteht derselbe aus einer starren Rückenstange von flachelliptischem Querschnitt,

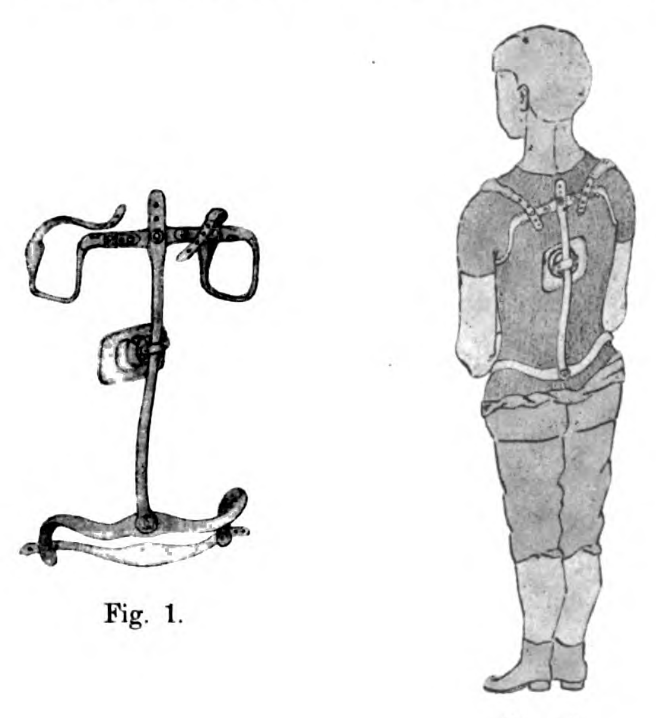


Fig. 1.

Fig. 2.

welche an beiden Enden durch Zapfen mit 2 Querstangen frei beweglich verbunden ist. Der untere Querbügel ist ein hinterer, den Darmbeinkämmen genau angepassten Beckenhalbring; die vorderen Enden stützen sich auf die Darmbeinstachel und sind mit einer Ledergurte verbunden. Der obere Querstab trägt 2 von hinten durch die Achselhöhle aufsteigende Pelotten, die sich vorne an die Schulterköpfe anlehnen. Von den Schulterpelotten verlaufen Lederriemen, die über den Schultern nach hinten geführt am obern Querbügel

festgesteckt werden. . . Der Kraftspender nun besteht aus einer Spiralfeder, wie sie die Tapezierer zu Polstermöbeln verwenden. Die Feder trägt am freien Ende eine flachgepolsterte Pelotte, deren Form je nach dem Fall wechselt. Das zentrale Ende ist an der senkrechten Rückenstange durch 2 Schrauben eingeklemmt. Durch Lösen dieser Schrauben lässt sich nun die Druckvorrichtung beliebig nach oben und unten verschieben, so dass es in der Hand des Arztes liegt, dort den Druck wirken zu lassen, wo er wirklich hingehört. Tatsächlich verschiebt sich der Krümmungsscheitel einer Kyphose während der Behandlung recht häufig, sodass die Verschiebbarkeit der Druckpelotte einem wirklichen Bedürfnisse entspricht.

Ich habe den Apparat bis jetzt in 19 Fällen verwendet und bin mit den dabei erhaltenen Resultaten durchaus zufrieden.

(Aus der Privatheilanstalt für Chirurgie und Orthopädie von Dr. Langemak-Erfurt.)

Leib-Büsten-Hüftenhalter.

Von

Dr. OSCAR LANGEMAK.

Der häufig ausgesprochene Wunsch meiner Patientinnen, Korsett und Leibbinde vereinigt zu sehen, veranlasste mich, einen Leibbüstenhüftenhalter zu konstruieren, den ich im Folgenden kurz beschreiben möchte:

Die Vorzüge dieses für Gesunde und Kranke gleichmässig gut geeigneten Halters sehe ich darin, dass die Schädlichkeiten des Korsettes vermieden sind, dem Körper, insonderheit dem Leib, eine gute Stütze neben eleganter Figur gegeben wird, ein Verschieben nach oben und unten unmöglich ist und die Bewegungsfähigkeit des Körpers in keiner Weise gehindert wird.

Der Halter besteht, wie aus der Figur 1 ersichtlich ist, aus einem Mittelstück, welches vorne geknöpft und hinten geschnürt wird; an den Hüften befinden sich zwei Schnürvorrichtungen, rechts und links seitlich, sodass sie leicht erreicht werden können, auch wenn der Halter angelegt ist. Die dieser Schnürvorrichtung anliegenden Bahnen sind soweit nach unten geführt, dass sie den Strumpfbändern zur Aufnahme dienen. (Hüftenhalter.) Zwischen



den beiden vorderen Seiten-Bahnen ist in der Höhe des Unterleibes ein Gummiteil eingeschaltet, der ein festes und doch bequemes Anliegen erreicht und gerade dem Teil des Leibes, der am meisten der Stütze bedarf (Laparotomienarben, Hängebauch, Fettleib, etc.), einen guten Halt gibt. Dieser Gummiteil wird nun dort, wo es sich nur um kosmetische Zwecke handelt, aus drei schmäleren Bahnen hergestellt, dagegen bei geschwächten Bauchdecken, wie Figur 1 zeigt, aus einem breiteren Oberteil und einem schmalen unteren Streifen, der beim Sitzen nachgibt und beim Stehen und Gehen sich der Schamfuge anschmiegt. Die allen Patientinnen unangenehmen Schenkelriemen konnten in Fortfall kommen, da die wie bei einem Hüftenmieder angeordneten Strumpfbänder ein Verschieben nach oben unmöglich machen.



Fig. 1.



Fig. 2.

An den Mittelteil des Halters sind vorne oben aus Stoff die als Büstenhalter dienenden Laschen angesetzt, an welche zwei von den beiden hinteren Mittelbahnen abgehende Träger aus Stoff (s. Figur 2) angeknöpft werden. Durch die Träger wird ein Verschieben des Halters nach unten sicher verhindert, auch dienen sie als Stütze für die übrigen Kleidungsstücke, wenn dieselben nicht über den Hüften gebunden, sondern am Mittelteil angeknöpft werden sollen (Reformkleidung).



Damit auch der Uebergang vom Rücken in das Gesäss gut und glatt anliegt, sind hinten unten neben der Mitte zwei Gummizüge eingeschaltet, wodurch ein tadelloser Sitz gewährleistet wird.

Der Leibbüstenhüftenhalter kann, nachdem einmal die hintere Schnürvorrichtung wie bei jedem Korsett richtig eingestellt ist, von der Trägerin jederzeit ohne fremde Hilfe schnell angelegt werden, da auch der vordere Gummiteil nur an einer Seite festgemacht ist, an der anderen durch Hakenvorrichtung beliebig eingestellt werden kann.

Der Halter ist unter Nr. 353966 als Gebrauchsmuster geschützt und von der Korsettfabrik Friedrich Schunck in Coburg zu beziehen. Aus der beigegebenen Skizze sind die zum Massnehmen nötigen Massstellen leicht ersichtlich.

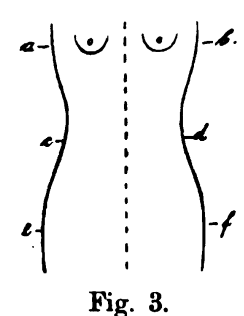


Fig. 3.

Umfangmasse, über dem Hemd gemessen.

a—b	über Brustdrüsen und Schulterblätter . . .	cm
c—d	Taille	„
e—f	Breitester Teil des Beckens	„
	Höhe vorn	„
	„ hinten	„

N. Ménard (Berck). Étude sur la Coxalgie.
Paris 1907. Masson et Cie.

Der bekannte Chirurg des grossen Seehospizes in Berck-sur-Mer stellt seinem geschätzten Buch über Malum Pottii nun ein Gegenstück zur Seite in dem gross angelegten Werk über Koxitis. Der Verfasser kann sich auf die ausserordentlich grossen Erfahrungen stützen, die das reiche Krankenmaterial seines Sanatoriums ihm jahraus, jahrein sichert.

Ausführlich werden die Klinik und die pathologische Anatomie der Koxitis in ihren verschiedenen Formen und Verlaufsmöglichkeiten dargestellt. Die konservative Therapie wird ebenso wie die Resektion



in objektiver Weise erörtert. Hauptwert wird auf die durchaus notwendige lange Dauer der Behandlung gelegt, die unter dieser Bedingung eine dankbare ist.

Die mitgeteilten Resultate sind freilich nicht so optimistisch wie die von Calot, dem Ortsrivalen Ménards, veröffentlichten.

Die Beigabe von 26 Tafeln mit Röntgenbildern der Coxitis in verschiedenen Stadien ist eine wertvolle Bereicherung der guten illustrativen Ausstattung des Buches. **Vulpius**-Heidelberg.

1) **Böhm** (Berlin). Ueber die Ursache und das Wesen der idiopathischen Deformitäten des jugendlichen Alters.

Zeitschr. für orthop. Chirurgie. XX. Bd. S. 535.

Verf., der in früheren Untersuchungen die Skoliose auf eine numerische Variation der Wirbelsäule zurückgeführt hat, sucht in diesem Artikel eine neue Theorie über die Entstehung der idiopathischen Deformitäten, die meistens im 2. Dezennium auftreten, wie Coxa vara, Pes valgus und Genu valgum, zu begründen. Vergleichende anatomische Studien haben ihn darüber belehrt, dass sich diese Deformitäten als physiologische Bildungen bei den höheren Affen finden, und dass bei niederen Rassen Uebergänge vorkommen. Auf Grund dessen erscheint es B. sehr wahrscheinlich, dass obige Missbildungen Abweichungen von der dem Menschen spezifischen Wachstumstendenz darstellen und zwar in dem Sinne der mangelhaften Anpassung der unteren Extremität an die für den Menschen charakteristische aufrechte Haltung. Dass diese Deformitäten erst im 2. Dezennium sich bemerkbar machen, liegt an der diesem Alter eigentümlichen postnatalen Entwickelung, wie sich auch in diesen Jahren die physiologischen, für den Menschen spezifischen Veränderungen des Skelettsystems einstellen, was in Bezug auf die Steilheit des Schenkelhalswinkels und die Fassform des Thorax bereits von anderer Seite nachgewiesen wurde. Eine grössere Anzahl von Profilzeichnungen der Femora höherer und niederer Affen illustriert das oben Ausgeführte. In der Vorrede bespricht Verf. alle bisher aufgestellten Theorien und kommt zu dem Schlusse, dass keine eine einwandfreie Erklärung dieser Deformitäten geben könne.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

2) **Einin.** Einige seltene Missbildungen.

Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 94. S. 411.

Es interessiert besonders ein Fall von einem kongenitalen Hautmuskelstrang am Halse. Derselbe ist 10 cm lang, gleichmässig



kleinfingerdick, drehrund, genau in der Mittellinie des Halses; unterer Ansatz obere Konkavität des Brustbeins und der obere in der Gegend des oberen Schildknorpelrandes. Man kann zwischen ihn und die Haut 2 Finger durchstecken und den Mann ohne Schmerzen daran zerren. Er hindert extreme Rückwärtsbewegung des Kopfes. Linke Gesichtshälfte atrophisch. Es handelt sich um eine Abspaltung von der Hautmuskelplatte in späterer embryonaler Zeit. Exstirpation.

Meyer-Heidelberg.

3) **H. Drinkwater.** Bericht über eine mit Brachydaktylie behaftete Familie.

Proceedings of the Royal Society of Edinburgh 1907/08. Vol. XXVIII. Part. I (Nr. 4).

Verf. berichtet über eine 174 Mitglieder zählende Familie, von denen eine überaus grosse Anzahl an Händen und Füssen Brachydaktylie zeigten. Im Röntgenbild erwies sich diese Affektion als eine mehr oder weniger hochgradige rudimentäre Entwickelung der Finger- bezw. Zehen-Mittelphalangen unter gleichzeitig bestehender Ankylose dieses Rudiments mit den Endphalangen. Für diejenigen, die sich für das Problem der Heredität interessieren, sind die genauen statistischen Angaben des Verfassers besonders wertvoll.

Böhm - Berlin.

4) **Frölich** (Nancy). Quelques types d'hypertrophie congénitale des membres.

Revue d'orthop. 1908. 3. p. 193.

Es gibt drei Arten von angeborener Hypertrophie einzelner Glieder.

1. Der angeborene Riesenwuchs oder die regelmässige Hypertrophie sämtlicher Gewebe des befallenen Gliedes.
2. Die angeborene Elephantiasis.
3. Hypertrophie durch Tumor vorgetäuscht.

Für alle 3 Arten kann Fr. ein Beispiel liefern. ad 1. 12jähr. Araber, 4. und 5. Finger der linken Hand enorm vergrössert (17 cm lang); Syndaktylie zwischen beiden; überzähliger Finger an der Ulnarseite der Hand. Röntgenbild zeigt enorme Vergrösserung nicht nur der Phalangen, sondern auch der Metacarpalia des 4. und 5. Fingers, sowie auch des Capitatum und Hamatum. Die Basis des Metacarpale V hat eine Apophyse für den 2gliedrigen überzähligen Finger. Der Junge kann die Hand gut gebrauchen. (Siehe auch unter Aerztlicher Verein in Hamburg. Sitzung vom 24. XI. 1908.)



2. Als Beispiel einer Weichteilhypertrophie bringt Fr. die ödematöse Fuss- und Unterschenkelschwellung bei amniotischen Einschnürungen. Es lag ausserdem ein doppelter Klumpfuss vor, sowie einzelne Zehen und Fingerdefekte und Syndaktylien. Die Füsse wurden nach keilförmiger Tarsektomie redressiert, die tiefeinschneidenden amniotischen Narben exzidiert, die Syndaktylien getrennt. Histologisch zeigten die geschwollenen Weichteile ein chronisches Oedem mit fibröser und lipomatöser Degeneration. Die Hypertrophie verschwand völlig, der Erfolg der Operationen war gut.

Als dritten Typus der ang. Hypertrophie teilt Fr. den Fall eines ausgedehnten Angioms an Unterarm und Hand bei einem 2 monatigen Kinde mit. Das Angiom wurde exstirpiert, das Kind starb nach der Operation.

Ewald-Hamburg.

5) **Gräfenberg** (Kiel). Ueber den Zusammenhang angeborener Missbildungen mit der kongenitalen Syphilis.

Deutsche med. Wochenschr. 1908. S. 1589.

G. hat 24 Missbildungen aus der Kieler Frauenklinik auf luetische Erscheinungen, d. h. auf ihren Gehalt an Spirochäten untersucht. Er fand nur in einem Falle von Ascites und in einem anderen von leichtem Hydrocephalus ein positives Resultat, spez. alle Extremitätenmissbildungen waren frei. Verf. glaubt, dass dieser Fall von Hydrocephalus wohl luetischer Natur sei, doch habe dieser Zusammenhang keineswegs allgemeine Geltung. Der Einfluss der Lues auf Missbildungen kann demnach keinenfalls bedeutend sein. Da die Eihüllen immer frei von Spirochäten gefunden werden, so kann auch keine luetische Affektion des Amnions für die Entstehung von Deformitäten verantwortlich gemacht werden.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

6) **Wieland** (Basel). Klinische Untersuchungen über Frührachitis.

Deutsche med. Wochenschr. 1908. S. 1545.

W. hat annähernd 1000 Neugeborene untersucht und auch z. T. (130 Kinder) noch später kontrolliert, um die Frage zu lösen, weshalb über die Häufigkeit der angeborenen Rachitis die Angaben sich so sehr widersprechen. Er fand bei keinem Kinde sichere Zeichen von Thorax- oder Extremitätenrachitis, dagegen bei ca. 20% eine Erweichung des Schädeldachs auf der Scheitelhöhe. In einem grossen Teil der Fälle (55 von 130) bildete sich diese Weichheit völlig zurück. Bei weiteren 24 wurde der Schädel auch innerhalb



der ersten Lebenswochen resp. Monate wieder hart, doch trat im weiteren Verlauf dann echte rachitische Erweichung an anderer Stelle (hinten unten) auf nebst deutlichen Zeichen von Rachitis des Thorax und der Extremitäten. Bei 28 weiteren Kindern wurde zwar bei späterer Untersuchung die Stelle der früheren Schädelerweichung hart gefunden, dabei aber weiter unten eine echte rachitische Affektion der Schädelknochen festgestellt. In 18 Fällen breitete sich die primär vorhandene Erweichung auf den ganzen Schädel aus. Verf. glaubt dies nach Massgabe der anderen Fälle als eine Komplikation durch eine verhältnismässig frühzeitig einsetzende Rachitis deuten zu müssen. Die angeborene Schädelweichheit hat danach mit der Rachitis nichts zu tun, und es erkranken solche Kinder nicht häufiger an Rachitis als Kinder ohne diese Anomalie. Allem Anschein nach kommt Rachitis beim Neugeborenen nicht in Betracht, klinisch ist sie jedenfalls nicht nachzuweisen. Die Verschiedenheit der Angaben in Bezug auf die Häufigkeit der Rachitis beim Neugeborenen dürfte wohl auf der verschiedenen Bewertung dieser angeborenen Schädelweichheit beruhen. Verf. will die intrauterine Rachitis nicht direkt leugnen, glaubt aber, dass nur die Disposition, nicht die Erkrankung selbst intrauterin übertragen wird. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

7) **Ritter.** Zur Diagnose der Knochenechinokokken.

Deutsche Zeitschr. für Chir. Bd. 93. S. 166.

Mitteilung zweier Fälle: 1. Pat. hat 14 Jahre an Reissen und ziehenden Schmerzen im Oberschenkel gelitten. Klinisches Bild einer chronischen Osteomyelitis. Röntgenbild zeigt „eine sehr dünne, sich scharf abhebende Corticalis, die Markhöhle fächerig, wie wenn grosse Hohlräume im Knochen lägen.“ War vorher auf Neuritis behandelt. 2. Fall: Echinokokkus der Clavicula, der zunächst diese in eine grosse Knochenhöhle umgewandelt und dann auf Sternum und 1. Rippe übergegriffen hatte. Spontanfraktur der Clavicula vor 8 Jahren, ohne dass damals die Diagnose gestellt war. Perforation der Echinokokken hatte einen grossen fluktuierenden Tumor gebildet, der klinisch an Atherom oder Dermoid denken liess. Sonst ausser Reissen und Ziehen in der alten Frakturstelle und im Arm, sowie bei Druck auf die Clavicula keine Symptome. Röntgenbild: „Zahllose grosse und kleine runde Hohlräume vor, dicht neben- und hintereinander gereiht liegend, nur von zarten Knochenlamellen getrennt. Sehr dünne Corticalis, Fehlen der Markhöhle, ganz geringe oder nur sehr geringe Reaktion des Periost.“



Verf. hält dieses Bild für typisch bei Knochenechinokokkus und sieht es als hauptsächliches differentialdiagnostisches Mittel an. Therapie: Breite Aufmeisselung des Knochens und Entfernung alles Krankhaften. Bei Fall 2 hatte Verf. sehr guten Erfolg mit Saugen.

Meyer - Heidelberg.

8) **Matsuoka** (Kyoto). Ueber die Osteoarthritis deformans chronica juvenilis.

Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 96. S. 302.

Fall I. 18j. Mädchen, bei dem sich allmählich eine Veränderung an fast sämtlichen Gelenken osteoarthritischer Natur, — Schwund des Gelenkknorpels und Gestaltveränderungen der Knochenenden — herausgebildet hat. Zugleich bestehen arthrogene Muskelatrophien.

Fall II. 15j. Knabe: Nach einem vor 9 Jahren erlittenen Trauma tritt eine chronische Kniegelenksaffektion ein. Röntgenologisch finden sich bizarre Deformitäten an beiden Gelenkenden und enorme Abflachung der Patella. Verf. bezeichnet Fall I als eine Osteoarthritis deformans chronica juvenilis polyarticularis spontanea und Fall II als o. d. chr. juv. monoarticularis traumatica.

Meyer-Heidelberg.

9) **Chrysospathes** (Athen). Ein Fall von multiplen Exostosen.

'Ιατρική πειοδος. Bd. 7. Nr. 23—24.

14jähriger Junge, bei dessen näheren Verwandten, angeblich auch denen früherer Generationen, keine Exostosen beobachtet worden sind. Diese werden bei ihm erst erkannt, als er 7 Jahre alt war und zwar dadurch, dass das Schreiben ihm Schwierigkeiten bereitete. Nach dem erst befallenen rechten Ellenbogengelenk traten der Reihe nach an dem rechten Oberarmknochen, den Schulterblättern, der sechsten linken Rippe, den unteren Epiphysen aller 4 Vorderarmknochen und zuletzt an den Schienbeinen Exostosen auf. Die grössten derselben (bis 3 cm lang) befinden sich an den Epiphysen der Vorderarmknochen und sind länglich und sitzen diesen mit breiter Basis auf, zum Teil aber ragen sie schnabelförmig vor. Da einige grössere dieser zwischen der linken Ulna und dem Radius gelegen sind, ist die Supination und die weitere Pronation des stark pronierten linken Vorderarmes unmöglich. Die kleinsten und die grössten Exostosen sitzen an den Fingern. Der rechte Ellenbogen ist infolge Luxation des Radiuskopfes nach hinten (4 cm) nur etwas über den rechten Winkel zu strecken. Grössere und kleinere Sub-



luxationen finden sich an den Fingerphalangen. Ausser diesen findet man grössere Verkrümmungen der Diaphysen (nach aussen vorn) aller 4 Vorderarmknochen und zwar rechts mehr wie links. Diese lassen sich nach Ch. aus dem ungleichen Längenwachstum dieser Knochen erklären.

Die Behauptung, dass die Exostosen ihren Anfang von den Epiphysenknorpeln nehmen und zwar von jenen, die das Längenwachstum der Diaphysen besorgen, beweist auch dieser Fall, bei welchem die grössten und zahlreichsten Exostosen an den unteren Epiphysen der Vorderarmknochen und den oberen der Schienbeine und zwar an symmetrischen Stellen sitzen.

Die einzigen Exostosen, die sich in einiger Entfernung von der Epiphyse befinden (wandernde Exostosen), sind: Eine an der rechten Humerusdiaphyse und eine auf der sechsten Rippe, etwas nach aussen von der Mamilla. Aber auch solche, die im Entstehen begriffen sind, wird man weit entfernt von den Epiphysen gewahr und dies bes. an den Rippen. Also es sind nicht alle Exostosen, die entfernt von den Epiphysen sich befinden, als von diesen herrührend zu betrachten.

Von den breiten Knochen sind die Schulterblätter am meisten mit Exostosen behaftet, bes. an den Spinae, am Acromion und an ihren unteren Winkeln. Die Schädel- und Beckenknochen, ebenfalls die kurzen Knochen sind frei. Wie bei allen diesen Patienten, so handelt es sich auch bei diesem um ein im Wachstum zurückgebliebenes Individuum, dessen rechte Körperhälfte schwächer entwickelt erscheint als die linke. Seine Finger sind kurz, pastös, die Händekraft herabgesetzt. Genu valgum und Pes valgus bestehen nicht.

Alle diese Symptome müssen nach Ch.'s Auffassung als die Resultate einer Störung im Längenwachstum der Knochen betrachtet werden, welche ihrerseits wieder mit der Bildung der Exostosen eng zusammenhängt.

Das junge Alter auch bei diesem Pat. spricht für die Annahme, dass genannte Erkrankung ihren Grund in Störungen bei der ersten Entwickelung des Skeletts hat. Die Prognose im Falle Ch.'s ist dubia, da abgesehen von den bereits vorhandenen Bewegungsstörungen verschiedener Gelenke, die Exostosen an Zahl und Grösse rasch zunehmen.

Therapeutisch schlug Ch. die Resektion des verrenkten Radiusköpfchens vor, um die Extension des Vorderarms zu ermöglichen, ebenfalls die Entfernung der zwischen Ulna und Radius sitzenden Exostosen, die die Pro- und Supination unmöglich machten.

Differenzialdiagnostisch erwähnt Ch. die Enchondrome, welche aber mit Vorliebe an den Fingern sitzen und rasch zu grösseren Geschwülsten anwachsen, dann die Osteome, die Osteophyten, die Sarkome, die Arthritis deformans, welche alle nunmehr durch das Röntgenbild sich von den Exostosen leicht unterscheiden lassen.

(Selbstbericht.)

10) **Emil G. Beck** (Chicago). Eine neue Methode, um die Grenzen von Fistelgängen und Abszesshöhlen festzustellen.

Archives of the Roentgen Ray. Juni 1908. Nr. 95.

Diese Methode, die wirklich wundervolle Resultate liefert, besteht in der Injektion eines Breies, der zu 33 % aus Bismuthum subnitricum und zu 66 % aus Vaselin sich zusammensetzt. Die Vaselin wird zum Kochen gebracht und trockenes Bismuth-Pulver allmählich zugesetzt. Die Injektion erfolgt ähnlich wie eine Jodoform-Glyzerin-Einspritzung unter mässigem Druck in die Fistelöffnung; der Brei ist dabei flüssig und erstarrt erst nachher.

Die nun aufgenommenen Röntgenbilder zeigen mit wunderbarer Klarheit die gewundenen Fistelgänge und die Herkunft derselben. Zu erwähnen ist noch, dass derselbe Autor das oben geschilderte diagnostische Verfahren auch zu therapeutischen Zwecken, angeblich mit vorzüglichem Resultate verwandt hat.

Böhm-Berlin.

11) **Kirmisson** (Paris). Le traitement orthopédique au sanatorium d'Hendaye.

Revue d'orthop. 1908. Juli, p. 369.

Da die initiale Ursache der Skoliose jedenfalls eine Ernährungsstörung der Wirbelsäule analog der Rhachitis ist, so muss man neben der orthopädischen Gymnastik auf eine gründliche Allgemeinbehandlung, Besserung der hygienischen Verhältnisse das Hauptgewicht legen. Luft, Licht, gute Ernährung, Reduzierung der Schulstunden lassen sich aber in der Grossstadt nicht gut durchführen, weder in der Anstalt, noch weniger im Hause. Alle diese Bedingungen werden im Sanatorium Hendaye, an der Meeresküste, erfüllt, und, wie eine Tabelle zeigt, mit bestem Erfolg: alle Patienten haben in 8 Wochen 3, 5, 6 und 7 kg zugenommen, die Körpergrösse ist um $^1/_2$—3 cm gestiegen, namentlich aber hat der Thoraxumfang sowohl absolut zugenommen, als auch ist die Umfangsdifferenz zwischen Inspirations- und Exspirationsstellung bedeutend gewachsen (im Mittel von 2—4 auf 6—8 cm!). Daneben hat sich die Skoliose mehr oder weniger gebessert. K. tritt für die Erbauung mehrerer



derartiger Sanatorien ein, die zugleich eine genügend lange Behandlungsdauer ermöglichen sollen. **Ewald**-Hamburg.

12) **Wollenberg** (Berlin). Zur Behandlung der Knochencysten.

Therapeut. Rundschau. II. Jahrg. H. 52. S. 773.

Verfasser beschreibt einen Fall von Knochencystenbildung am Oberschenkel eines 6jährigen Knaben.

Die erkrankte Extremität wurde beim Gehen geschont. Zeitweilig trat Hinken auf. Eine Verletzung war nicht vorausgegangen.

Klinisch war am Oberschenkelknochen eine spindelförmige Auftreibung nachzuweisen. Das Röntgenbild zeigte eine Cyste im Knochen mit sehr dünner Corticalis, weshalb bald eine Operation vorgenommen wurde, da die grösste Gefahr der Knochencysten Spontanfrakturen sind, ja zuweilen deswegen erst die Patienten in chirurgische Behandlung kommen.

Eine maligne Neubildung im Knochen konnte man ausschliessen, da die Höhle scharf begrenzt war, und periostale Knochenwucherung fehlte, vielmehr handelte es sich, wie auch später das histologische Präparat bestätigte, um eine Ostitis fibrosa.

Der operative Eingriff bestand in Exkochleation der Cystenwand. Vollblutenlassen der Höhle. Gehbügelgipsverband. Heilung per primam.

Nach 8 Monaten war eine tadellose Funktion des Beines vorhanden. Das Röntgenbild zeigte eine dicke geradegewachsene Corticalis, nur Spuren einer Höhle, keine Auftreibung des Knochens, abgesehen von periostaler Knochenneubildung an der Stelle des operativen Eingriffs.

Verf. beobachtete einen anderen Fall von Knochencystenbildung mit Spontanheilung. Man hatte von einer Operation abgesehen, da die Corticalis noch sehr stark war. Fälle, in denen man abwarten will mit der Operation, müssen aber unter ständiger Kontrolle mit Röntgenbildern bleiben, um das Eintreten einer Spontanfraktur zu verhindern.

In allen Fällen rät Verf., Schutzhülsen tragen zu lassen an den Stellen, wo Knochencysten röntgenologisch nachgewiesen worden sind, um äussere Insulte abzuwehren. **Manhold**-Heidelberg.

13) **Hofmann** (Graz). Weitere Untersuchungen und Erfahrungen über Periosttransplantation bei Behandlung knöcherner Gelenkankylosen.

Beiträge zur klin. Chir. 1908. 59. Bd. H. 3. S. 717.

Verfasser beschrieb vor 2 Jahren einen Fall von knöcherner



Ankylose im Ellbogengelenk, wo nach Durchmeisselung der Knochen, entsprechend dem früheren Gelenkspalt, und Ueberkleidung der den früheren Gelenkflächen entsprechenden Resektionsflächen mit Periost (der Vorderfläche der Tibia entnommen) es gelang, eine neue Ankylosierung zu verhüten und ein Gelenk von fast normaler Exkursionsfähigkeit (nur Pro- und Supination etwas unter der Norm) zu erzielen.

Die Periostüberkleidung bildet den natürlichen Abschluss des neuen Gelenkendes, die Kallusbildung mit dem benachbarten Knochen wird verhindert.

Durch zahlreiche Tierversuche ist die Lebensfähigkeit ungestielter Periostlappen erwiesen worden.

Röntgenbilder zeigen, dass unter der Funktion des Gelenkes die neuen Gelenkenden fast normale Gestalt annehmen.

Verf. nahm eine Reihe von Tierversuchen vor, um festzustellen, ob das Periost seine spezifische Fähigkeit der Knochenapposition und Resorption nach Transplantation auf wunde Knochenflächen beibehalte.

Er operierte bei 6 Hunden am oberen Sprunggelenk. Das Periost wurde von der Tibia genommen und mit der Osteoblastenschicht auf die wundgemachten Knochenflächen gelegt und fixiert. Dann Kapsel- und Hautnaht. Die Hunde wurden nach 1, 3, 7 und 12 Wochen getötet. Alle Gelenke waren per primam geheilt, das Periost war überall auf den Gelenkenden sitzen geblieben, in den älteren Fällen zeigte es derbe Beschaffenheit. Keine Gelenkergüsse, nirgends Ankylosen (Tendenz dazu besteht überhaupt nicht bei Tieren).

Darauf gibt Verf. die Erklärung histologischer Befunde und Abbildungen derselben.

Bedingung für Erfolg der Operation ist, dass die Osteoblastenschicht des Periosts beim Abnehmen erhalten bleibt. Am besten gelingt dieses bei der Ablösung mittels Raspatoriums und Druck desselben gegen den Knochen.

Der Periostdefekt am Knochen wird nach Ollier durch Ueberwuchern vom seitlich stehengebliebenen Periost gedeckt.

Verf. fand beim Tier den Periostdefekt durch einen Bindegewebsbezug überwuchert, in diesem fanden sich jedoch histologisch keine Osteoblasten vor.

Beim Menschen hatte Verf. Gelegenheit, neben bindegewebigen Elementen auch Osteoblasten vorzufinden, jedoch stammten diese von Periostosteoblasten, die man bei der Entnahme des Periost-



lappens hatte stehen lassen. Ein Knochen, der von Periost entblösst worden war, wurde in einem Spätstadium stark konvex gewuchert gefunden — mangelnde abbauende Tätigkeit des Periosts an dieser Stelle. Im allgemeinen zeigt ein periostberaubter Knochen keine Schädigung.

Verf. berichtet weiter von 4 operativen Fällen an Menschen:

1. Knöchern-ankylotisches Knie. Resultat der Operation relativ schlecht wegen starker Veränderungen an Kapsel und Weichteilen.

2. Schultergelenk. Gutes Resultat. Noch in Behandlung.

3. Interphalangealgelenk; kompliziert durch Schädigung der Beugesehnen.

4. Rezidivierter Fall von Brückenkallus zwischen Radius und Ulna. Gutes Resultat.

In keinem der operierten Fälle trat Schlottergelenk auf; keine neuen Ankylosen; aktive Bewegungen wurden besser mit zunehmendem Gebrauch des Gelenkes; es fand keine Kallusbildung oder solche von Osteophyten an benachbarten Knochen statt.

Es empfiehlt sich, beide ankylotischen Gelenkflächen mit Periost zu decken.

Ein Vorteil der Resorptions- und Appositionsvorgänge des transplantierten Periosts ist die rasche Anpassung der Gelenkkörper an ihre neue Funktion.

Nekrose des transplantierten Periosts wurde nie beobachtet.

Zur Entnahme des Periostlappens ist die vordere Tibiafläche zu bevorzugen.

Die Nachbehandlung geschieht durch Fixierung mittelst Gipsverbandes für mehrere Wochen, dann aktive und passive Bewegungen.

Wo grosse Gelenkkörper in Wegfall gekommen sind, empfiehlt sich die Transplantation ganzer Gelenke nach Lexer. In leichteren Fällen kommt man aber mit der Interposition von Periost, wie sie Verf. beschreibt, aus. **Manhold**-Heidelberg.

14) **Hardouin** (Rennes). Conduite à tenir en présence d'une fracture compliquée. (Die Behandlung komplizierter Frakturen.)

La méd. des accid. du travail. Bd. VI. Nr. 8. S. 225.

H. schildert die von ihm geübte Behandlung komplizierter Frakturen. Steht es fest, dass es sich tatsächlich um eine komplizierte Fraktur handelt, so ist nach H.'s Ansicht ein sehr energisches Vorgehen am Platz. Nach gründlicher Reinigung der Haut wird die Wunde erweitert auch bei einfachen Durchstechungsfrakturen. Dann erfolgt die Glättung resp. Resektion der Knochenenden, worauf eine ausgiebige Spülung der Wunde vorgenommen wird. Die Wunde



wird mittels Gummischlauch unter Anlegung einer Gegenöffnung drainiert. Danach Gazeverband. Vollständige Reposition wird gemacht, wenn die Drainage dadurch nicht gestört wird, anderenfalls wird die definitive Korrektur nach 48 Stunden, wenn der Drain fortbleiben kann, nachgeholt. **Ottendorff** - Hamburg - Altona.

15) **Charles M. Paul.** Extension für Frakturen ohne Gewichtszug.

New-York Medical Journal. 15. August 1908.

Verf. benutzt Gipsverbände mit seitlich angebrachten Schienen und einer Art Gehbügel, von dem aus die Extension stattfindet.

Böhm - Berlin.

16) **Schrecker** (Köln). Zur Technik der Extensionsbehandlung.

Deutsche med. Wochenschr. 1908. S. 1677.

Sch. empfiehlt, um die beim Bardenheuerschen Extensionsverfahren wichtigen Querzüge genau dirigieren zu können, eine Vorrichtung, die aus einem Brett mit verstellbaren seitlichen Rollen besteht. Die Extremität wird auf dem Brett gelagert und es können die Rollen nach der Dicke des Gliedes und nach dem Punkt, an dem die Züge angreifen sollen, genau eingestellt werden. Zur Anlegung des Extensionsverbandes wird jetzt in Köln fast ausschliesslich statt des Heftpflasters das Verfahren mit der Heusnerschen Klebeflüssigkeit (1 Teil venetian. Terpentin in 2 Teilen Spiritus) angewandt. Bei Frakturen in der unteren Hälfte des Unterschenkels legt Verf. noch einen Extraring aus Filz direkt oberhalb der Malleolen an, den er mit dem Hauptlängszug in Verbindung setzt. Es wird dadurch ein besserer Zug auf das periphere Fragment ausgeübt. **Ottendorff** - Hamburg - Altona.

17) **Ledeut** (Liège). Traitement des fractures en retard de consolidation par le massage et la méthode de Bier.

Scalpel et Liège médical. 22. November 1908.

Der Verf. berichtet über 2 Fälle von Frakturen der ersten Phalanx des Zeigefingers. Einen Monat nach dem Unfall hatte die knöcherne Vereinigung der Fragmente noch nicht stattgefunden.

Die Behandlung war folgende:

1. periartikuläres Streichen der ankylosierten Fingergelenke;
2. Streichen der Frakturgegend;
3. Perkussion des Umfangs der Fraktur mit der Kuppe der Finger des Operateurs.

Die Heilung war eine vollkommene nach 14 Tagen.

Kaisin-Floreffe.

18) **Fred. H. Albee.** Osteomyelitis.

New-York Medical Journal. 6. Juni 1908.

Kurze Uebersicht über die Symptome und chirurg. Behandlung der Osteomyelitis. **Böhm** - Berlin.

19) **Leopold Freund** (Wien). Die Behandlung tuberkulöser Knochenerkrankung mit Röntgenstrahlen.

Archives of the Roentgen Ray. September 1908. Nr. 98.

Ebenso wie Kirmisson, Bazy, Lancaster, Sancton, Escherich, Leigh, Rudis-Jicinsky u. a. (Literatur siehe im Original) verwandte auch der Verf. die Röntgenstrahlen zur Behandlung von Knochentuberkulose mit einem ihn sehr befriedigenden Resultat. Er sieht in den Strahlen ein schmerz- und gefahrloses Mittel, das umso bessere Erfolge zeitigt, je oberflächlicher der Herd — in den Weichteilen oder im Knochen — sitzt. Es eignen sich daher besonders Hand- und Finger-Tuberkulosen zu dieser Behandlungsform. Die Nachbehandlung muss ebenso sorgsam gehabt werden wie die gleichzeitige Verhütung von fehlerhaften Stellungen des Gliedes. Auch auf chirurgische Massnahmen — Eiterentfernung — soll nicht verzichtet werden. Die Technik der Bestrahlung muss im Original eingesehen werden. **Böhm** - Berlin.

20) **Le Fort** (Lille). Les lésions des os consécutives à l'immobilisation prolongée.

Revue d'orthop. 1908. 3. p. 201.

Durch eine lange Ruhigstellung der Glieder leiden alle Gewebe, die Haut, das Unterhautzellgewebe (Oedem), die Muskeln, die Ligamente (Relaxationen, keine Ankylosen oder Retraktionen!), namentlich aber die Knochen. Der immobilisierte Knochen wird atrophisch, sein Wachstum verlangsamt sich, nicht bezüglich seiner Längen- und Dickenzunahme, sondern der Verknöcherung. Ausserdem nimmt die Fragilität bedeutend zu. Bei Kindern sind diese Phänomene besonders deutlich zu beobachten. Der Knochen wird hier direkt biegsam und ist natürlich bei Belastungen Deformierungen ausgesetzt (namentlich häufig an der Tibia zu beobachten nach Koxitis und Hüftluxation, die lange Monate im Verband gelegen haben). — Röntgenbild. — Ausserdem werden aber durch die Immobilisation Gelenkveränderungen bedingt, die für jedes Gelenk verschieden sind. Z. B. werden am Knie die Femur- und Tibiaepiphysen höher und die Gelenkoberflächen konvexer. Da die Höhenzunahme an den hinteren Partien grösser ist als an den vorderen, kommt ein genu recurvatum zustande.



Die Frakturen, die infolge der Weichheit der Knochen entstehen können, heilen ohne Deformität und Kallus (da ja das Periost nicht verletzt ist) in kurzer Zeit und verknöchern in normaler Weise. — Die verkrümmten Knochen haben das Bestreben, von selbst die Krümmungen auszugleichen. Le F. hat beobachtet, dass sogar das genu recurvatum durch stärkere Biegung der Tibia von vorn nach hinten kompensiert wird. Die Ausgleichung findet immer durch Knochenapposition an der konkaven Seite statt. Im Ganzen ist also die Prognose derartiger Deformierungen gut zu stellen.

Ewald-Hamburg.

21) **E. Gasne** (Paris). Les arthrites à pneumocoques chez les enfants.

Revue d'orthop. 1908. 3. p. 225.

Die Pneumokokkenarthritis beim Kind in den ersten Lebensjahren ist nicht selten, wird aber häufig von den Chirurgen als Streptokokken- oder Staphylokokken-Osteomyelitis resp. -Osteoarthritis ausgegeben. Von 52 Fällen aus der Literatur konnte G. 16 Mal eine Pneumonie als Primärerkrankung feststellen, 6 Mal Schnupfen, 7 Mal Ostitis media, 6 Mal Angina, 13 Mal konnte keine Ursache gefunden werden. Manchmal — aber selten — ist ein Trauma vorhergegangen. G. will dem rapiden Knochenwachstum eine grössere ätiologische Bedeutung zusprechen: 33 Fälle betrafen das erste Lebensjahr. Das Kniegelenk war am häufigsten befallen (17 Mal), die Hüfte und Schulter 7 Mal. Die Prognose ist quoad vitam und sanationem completam viel günstiger zu stellen als bei den anderen Infektionen (30,7 %).

Behandlung: Manchmal genügt schon die einmalige Punktion. Gewöhnlich muss man jedoch die Arthrotomie machen mit nachfolgender Auswaschung und Drainage. Letztere kann bald weggelassen werden. Im Interesse einer schnelleren Heilung und Wiederherstellung der Funktion ist baldige Massage und Mobilisation indiziert.

Die 4 Fälle, deren Krankengeschichten in extenso mitgeteilt werden, betrafen Kinder von 25 Tagen bis 4 Jahren. 3 Fälle gingen nach Punktion resp. Arthrotomie in Heilung aus, 1 Kind stirbt an Meningitis. — Literatur der 52 Fälle. **Ewald**-Hamburg.

22) **Laurent** (Brüssel). L'intervention chirurgicale dans l'arthrite goutteuse.

La revue médico-sociale. 1908. Nr. 10.

Bei einem 50jährigen Mann, der an einer Arthritis urica des



I. und II. Metatarsophalangealgelenks litt, die am II. Gelenk zur Fistelbildung führte, wurde das Gelenk von den Tophi befreit und die zweite Zehe reseziert. Der früher sehr geschwollene und schmerzhafte Fuss gewann dadurch seine normalen Verhältnisse wieder.

L. nimmt bezügl. der operativen Behandlung der Gelenkgicht folgenden Standpunkt ein:

1. Während des Anfalls soll man möglichst nicht operieren.

2. Bei starker Tophusbildung, Fistelentstehung, lebhaften Schmerzen kann auch in alten Fällen, namentlich wenn das Leiden lokalisiert ist, operiert werden. (Curettage der Tophi, manchmal Resektion von Phalangen oder gar Amputation einer oder mehrerer Zehen.

Ewald - Hamburg.

23) **Karl R. Keppler.** Die Behandlung der spinalen Kinderlähmung.

New-York Medical Journal. 20. Juni 1908.

Uebersicht über die einzelnen Behandlungsmethoden der Poliomyelitis, Gymnastik, portative Apparate, chirurg. Massnahmen etc.

Böhm - Berlin.

24) **Biesalski** (Berlin). Der praktische Wert der Krüppelzählkarten.

Zeitschr. f. Krüppelfürsorge. 1908. Bd. 1. H. 2. S. 96.

Verf. führt die Notwendigkeit an, Krüppelzählkarten im Reich einzuführen, erstens aus statistischen Gründen, um das amtliche Interesse am Vorhandensein einer solchen Menge Krüppel zu wecken. Amtlich soll die Notwendigkeit anerkannt werden, Krüppelfürsorgestellen zu gründen. Durch Herstellung der Verbindung mit der Behörde ist auch Aussicht auf pekuniäre Hilfe vom Staat aus vorhanden.

Zweitens sollen die Karten direkt zur Aufsuchung der bedürftigen Kinder führen und zu ihrer Unterbringung in geeignete Fürsorge.

Die Karten sollten fernerhin zeigen, wie viele der Krüppel erwerbsfähig gemacht werden könnten und eine strenge Sonderung möglich machen zwischen heimbedürftigen Krüppeln und solchen, die auch ausserhalb eines Krüppelheims zu erwerbsfähigen Menschen erzogen werden könnten.

Als Heimbedürftige sollen nicht nur Kinder dem Grad ihres Gebrechens nach anerkannt werden, sondern unter Berücksichtigung



ihrer Umgebung und vielleicht noch anderer ihnen anhaftenden Krankheiten auch scheinbar nicht so Bedürftige in ein Krüppelheim aufgenommen werden.

Die Krüppelzählkarten sollen eine Einheitlichkeit der Krüppelfürsorge in den verschiedenen Bundesstaaten zu stande bringen durch gleiche Bezeichnungen, die Verfasser auch in ihren Abkürzungen anführt. Das Ausfüllen der Karten soll nur von ärztlicher Hand geschehen.

Durch staatliche Unterstützung der Krüppelheime würde die Armenpflege entlastet, und bei den Fortschritten, die die Orthopädie macht, eine Mehrausgabe der Gegenwart durch eine Ersparnis in der Zukunft entschädigt werden infolge der Heilung vieler Krüppel. B. plädiert für Erhöhung des Einheitspreises, der vom einzelnen Pflegling der Anstalten verlangt wird. Als Mittel zur Sicherstellung von Krüppelheimen schlägt er, sich an das Vorbild von Düsseldorf haltend (Institut zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit), vor, einen Teil der Einkommensteuer der Bevölkerung dazu zu verwenden.

Als letzten praktischen Wert der Krüppelzählkarten führt B. an: es kann genau die für jeden Bezirk notwendig werdende Fürsorge berechnet werden.

Es folgen Tabellen der einzelnen Zählungen in verschiedenen Bundesstaaten. **Manhold**-Heidelberg.

25) **Biesalski** (Berlin). Deutsche Krüppelheime.

Zeitschr. f. Krüppelfürsorge. 1908. Bd. I. H. 2. S. 123.

Auf Grund häufiger Anfragen betreffend Unterbringung von Krüppeln verschiedener Ortschaften gibt B. ein Verzeichnis deutscher Krüppelheime, Stand vom September 1908, mit Angabe des Pflegegeldes, der Zahl der Plätze, der Altersgrenze, des Personals, der Schule und des Handwerks, das gelehrt wird.

Anfang 1909 sind in 39 Heimen 3371 Plätze zur Verfügung. Im nächsten Jahre ist die Eröffnung von noch 8 Heimen geplant. Das jährliche Pflegegeld schwankt zwischen Mk. 120—913, im Mittel Mk. 381.

Es sind aber auch Freistellen vorhanden, und Ermässigung kann gewährt werden.

Die meisten Anstalten sind konfessionell, jedoch werden Kinder jeden Glaubens aufgenommen. **Manhold**-Heidelberg.



26) **Biesalski** (Berlin). Eine neue Schulbank für Krüppelschulen.

Zeitschr. f. Krüppelfürsorge. 1908. Bd. I. H. 2. S. 155.

Beschreibung und Illustration eines neuen Modells einer Krüppelschulbank, Modifikation der Zahn schen Schulbank. Die Bank ist zweisitzig, jeder Sitz hat aber seine eigene Lehne.

Die Einstellung der Distanz geschieht durch einen mittleren Holm. Die Sitzhöhe kann nicht verändert werden, es stehen aber neun verschiedene Bankgrössen zur Auswahl da. Die Sitzhöhe kann durch ein verstellbares Fussbrett variiert werden.

Die Bankfüsse stehen frei, sind nicht seitlich untereinander verbunden. Dadurch soll ein besseres Reinigen des Fussbodens bezweckt werden, wie auch ein unbehindertes Hinaustreten aus der Bank bei gelähmten Kindern. Der Sitz ist fest, kein Klappsitz.

Die Tischplatte ist halb umklappbar. Die vordere aufklappbare Platte hat für den Rumpf einen Ausschnitt. Die Ellbogen des Schülers liegen auf bei heruntergeklappter Platte.

Es besteht ferner eine Vorrichtung zum Aufstellen eines Buches, unter der Tischplatte Raum für Bücher, versenkte Porzellantintenfässer mit Metalldeckeln.

Das Fussbrett kann auf den Bankbeinen verschoben und durch Schrauben fixiert, auch nach Belieben schräg gestellt werden.

Jedes Kind hat seine, den individuellen jeweiligen Verhältnissen (Verband etc.) angepasste Bank.

Die Bänke haben sich bis jetzt in der Berlin-Brandenburgischen Krüppelheil- und Erziehungsanstalt bewährt und werden von der Firma Zahn in Berlin, Wienerstr. 10, angefertigt.

Manhold-Heidelberg.

27) **Herz.** Prinzipien der modernen Heilgymnastik.

Zeitschr. für neuere phys. Med. 1908. Nr. 18.

H. stellte die Schwankungen der Muskelzugkraft in den einzelnen Gelenken, die bei der Heilgymnastik in Betracht kommen, in sogen. Muskeldiagrammen dar, d. h. Kurven, in denen die Verhältnisse der Zugkräfte in den einzelnen Einstellungen der Gelenke wiedergegeben sind. Er bestimmte ferner die „mittlere Zugkraft“, die „spezifische Energie“, d. h. die Maximalarbeit des Muskels, die Leistungsfähigkeit des Muskels, d. h. die Grösse der Arbeit, die bis zur Ermüdung geleistet werden kann.

Die aktiven heilgymnastischen Uebungen teilt H. in Widerstands-, Selbsthemmungsbewegungen, Koordinationsübungen und



Förderungsbewegungen, die passiven in Beugungen und Streckungen, Rotationen und Kreisungen ein. Die Wirkung der Uebungen besteht in lokalen Wirkungen auf die Muskulatur, sowie die Gelenke und ihre sämtlichen Bestandteile, die allgemeinen äussern sich in fast allen Organsystemen, Blutbewegung, Stoffwechsel und Nervensystem. **Meyer** - Heidelberg.

28) **Anthony Bassler.** Ein neues Korsett für Gastroptose.

New-York Medical Journal. 18. Juli 1908.

Konvex nach innen gebogene Stahlschienen werden an der Bauchseite eines gewöhnlichen Frauenkorsetts angebracht.

Böhm - Berlin.

29) **Federschmidt** (Dinkelsbühl). Ein Beitrag zur Kasuistik der Halswirbelfrakturen.

Münch. med. Woch. 1908. Nr. 46. S. 2388.

Ein Bahnarbeiter wurde von einer Draisine überfahren, war sofort bewusstlos, klagte dann über Schmerzen im Nacken, wo in der Gegend des V. und VI. Halswirbels Krepitation konstatiert werden konnte. Empfindungslosigkeit von den Füssen bis hinauf zu den Brustwarzen. Lähmung der unteren Extremitäten und der Blase. Pulsfrequenz 40 in der Minute. Temperatur vom 1. Tage an über 40. Am 5. Tage Exitus. Sektionsbefund: Zerreissung der zwischen VI. und VII. Halswirbel gelegenen Zwischenbandscheibe, Rissfraktur des VI. Halswirbels, ferner eine Fraktur des VI. rechten Wirbelkörpers, sowie des V. und VI. linken Wirbelbogens. Das Halsmark war in der Frakturgegend rotbraun verfärbt und erweicht. **Ewald** - Hamburg.

30) **Conrad** (Antwerpen). Contribution à l'étude des traumatismes de la Colonne lombo-sacrée.

Journal belge de Radiologie. 1. August 1908.

C. berichtet über 9 Fälle von Frakturen (partiellen und totalen) lumbaler Wirbel und bringt Radiogramme derselben.

Er kommt zu dem Schluss, dass die klinische Diagnose ähnlicher Fälle oft sehr schwer, ja fast unmöglich ist, und dass in allen zweifelhaften Fällen die Röntgenuntersuchung unerlässlich ist. Mehrere seiner Frakturfälle waren ganz unerkannt geblieben, und nur durch die Röntgenstrahlen war die Diagnose ermöglicht und bestätigt worden. Vor allem trifft dieses zu für Frakturen des Arcus vertebrae und der Processus articulares. **Kaisin** - Floreffe.

31) **Bardenheuer** (Köln). Die operative Behandlung der traumatischen subkutanen Kompressionslähmungen.

Deutsche med. Wochenschr. 1908. S. 1660.

Verfasser glaubt, dass man bei kompletten Lähmungen nach Trauma, sei es nun ein chronisches oder plötzlich eintretendes, viel häufiger operativ vorgehen müsse, da bei solchen Fällen, bei denen binnen 2—3 Wochen keine Besserung einträte, entweder eine Zerreissung des Nerven oder eine Aufhebung der Nervenleitung durch Bluterguss oder entzündliche Ergüsse in die Nervenscheide der Lähmung zu Grunde läge. Man könne dann nach Eröffnung der Nervenscheide das komprimierende Blut etc. entfernen oder je nachdem auch den beschädigten Nerven wieder nähen. In dem angeführten Falle von Quetschung des Plexus brachialis mit sekundärer Lähmung fand sich bei der Operation teils eine Zerreissung der Wurzeln teils eine blutige Infiltration. Die Naht resp. die Eröffnung der Nervenscheide zwecks Druckentlastung führte zunächst zu einem guten Resultat, das aber wegen Ueberdehnung der Nervenstämme infolge Subluxation des Armes nicht ganz Stand hielt.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

32) **H. Lehr** (Dresden). Zur Behandlung der Zervikalspondylitis.

Arch. f. klin. Chir. Bd. 87. H. 2. Pag. 490.

In der Schanzschen Klinik wird zur Behandlung der Zervikalspondylitis der gleiche Watteverband benutzt, den Schanz vor einigen Jahren zur Korrektur des angeborenen Schiefhalses angab. Zum Anlegen des Verbandes liegt der Patient auf dem Tisch; ein Assistent übt an dem leicht nach rückwärts gebeugten Kopf eine schwache Extension aus. Mit diesem Verbande bleiben die Pat., solange noch lokale Schmerzhaftigkeit besteht, im Bett; sind die Schmerzen geschwunden, was bei dieser Behandlung nicht lange dauern soll, dann dürfen sie umhergehen. Ist auch der örtliche Druckschmerz geschwunden, dann erhalten sie die Schanzsche Lederkrawatte, die einen beweglichen Kinnteil besitzt. Diese Konstruktion erlaubt Kaubewegungen, ohne dass die proximalen Partieen der Halswirbelsäule eine Verschiebung erleiden. **Stoffel**-Heidelberg.

33) **Contoleon** (Athen). Chronische ankylosierende Spondylitis mit Lordose der Lendenwirbelsäule.

Ἀρχεῖα Ἰατρικῆς. Oktober 1908.

C. gibt einfach die kurze Krankengeschichte einer 21 jährigen



robusten Virgo wieder, in deren Anamnese nichts Belastendes sich findet und welche vor 9 Monaten starke Schmerzen im Rücken gefühlt hat, daher sie den Rumpf nicht nach hinten legen konnte. Diese ursprünglichen, sowie die später in den unteren sowohl wie in den oberen Extremitäten aufgetretenen Schmerzen leichten Grades trotzten allen möglichen Medikationen und physiotherapeutischen Massnahmen.

Ref. C. veröffentlicht diesen Fall anscheinend als ein Kuriosum, sofern die bei ihm bestehende Lordose, eine Ausnahme von der bei der ankylosierenden Spondylitis regelmässig zu findenden Kyphose der Lendenwirbelsäule macht.

Allein die nur auf den Lendenteil der Wirbelsäule beschränkte Unbeweglichkeit, das Versacken der Pat. und das vom Ref. aufgenommene Röntgenbild deuten auf eine Spondylolisthesis, vielleicht tuberkulösen Charakters hin. **Chrysospathes**-Athen.

34) **Ch. Viannay** (St. Étienne). Absence des muscles pectoraux et atrophie du sein correspondent.

Revue d'orthop. 1908, 5., p. 459.

Dem 14jährigen Mädchen fehlten die Pektoralmuskeln und die Mamma bis auf die Brustwarze vollkommen. Ausserdem bestand eine grosse Hautfalte, die sich von der vorderen Thoraxseite zum Arm hinzog und diesen an der Beweglichkeit im Schultergelenk hinderte: Sollte der Arm erhoben werden, so spannte sich die Falte stark an. Ausserdem fielen natürlich wegen des Pectoralisdefekts die aktiven Adduktionsbewegungen aus. Bei der Operation fand sich in der Hautfalte ein aponeurotischer Strang, der von den Rippen zum Arm ging. Ein 2. Strang entsprach dem Verlauf des pectoralis minor. Durch die Durchschneidung war völlige Bewegungsfreiheit gegeben. **Ewald**-Hamburg.

35) **Hart.** Der Thorax phthisicus.

Deutsche militärärztl. Zeitschr. 1908. H. 23.

Der echte Thorax phthisicus beruht stets auf einer primären Skelettveränderung, bestehend in Anomalien der oberen Thoraxapertur. Nach Untersuchungen Verfassers geht in Folge der Entwicklungshemmungen und Missbildungen an Knorpeln und Knochen der oberen Apertur die querovale Kartenherzform in die geradovale Form über, die den Anthropoiden eigen ist. Der Thorax phthisicus kann zu jeder Zeit manifest werden, namentlich jedoch von der Zeit der Pubertät ab bis zur völligen Reife. Verf. unterscheidet



zwischen den Freund schen scheidenförmigen Knorpelverknöcherungen bei jugendlichen Personen mit pathologischer Apertur und den Verknöcherungsprozessen in der Substanz der vorher entarteten Rippenknorpel selbst.

Der sekundäre Thorax phthisicus mit erworbener Aperturveränderung ist in der allerverschiedensten Weise als Folge primärer, skoliotischer Wirbelsäulenverkrümmungen anzusehen. Dieser entwickelt sich infolgedessen hauptsächlich während der Schulzeit.

Selbst hochgradige primäre Deformitäten können sich nach Erfahrungen Verfassers im Stadium tiefer Inspiration ausgleichen. Er empfiehlt deshalb bei Kindern mit Thoraxdeformitäten prophylaktisch eine ausgiebige Gymnastik, besonders der Arme und des Schultergürtels.

Meyer-Heidelberg.

36) **Dietrich.** Ueber die Konus- und Kaudaerkrankungen des Rückenmarks.

Dissert. Jena 1908.

Nach einem Ueberblick über die Anatomie und Physiologie des Konus- und Kaudagebietes, sowie über die Diagnostik und Pathologie der Erkrankungen dieses Gebietes teilt D. 5 Krankengeschichten aus der Jenenser Klinik mit. Die Erkrankungen beruhen zum Teil auf primären Veränderungen der die genannten Organe zusammensetzenden Gewebe selbst, zum Teil handelt es sich um sekundäre Veränderungen bei Erkrankungen oder Verletzungen der Umgebung. Als solche werden angeführt: Tumoren, tuberkulöse und luetische Prozesse, Hämatomyelie, traumatische Myelitis nach Frakturen und Luxationen der Kreuzbeingegend, ferner Stich- und Schussverletzungen des unteren Wirbelsäulenabschnittes.

Blencke-Magdeburg.

37) **Zander** (Berlin). Ein Fall von kongenitaler Luxation des Humerus.

Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. XX, S. 237.

Z. beschreibt einen Fall von kongenitaler Luxation des Humerus nebst Schulterblatthochstand, die durch Röntgenaufnahme sicher gestellt wurde. Die Pfanne fehlte an normaler Stelle vollständig, eine neue Pfanne war am äusseren Teile der Spina scapulae zwischen Acromion und Processus coracoideus ausgeschliffen. Wegen des Pfannendefektes an normaler Stelle und wegen des Schulterblatthochstandes spricht Verf. die Luxation, die mit mässigen Bewegungsstörungen einherging, als kongenital an.

Ottendorff-Hamburg-Altona.



38) **B. Bartkiewicz.** Veraltete Schultergelenksluxation. Blutige Operation.

Nowiny lekarskie. XX. 9.

B. beschreibt einen Fall von oben genannter Verletzung, bei dem er 6 Wochen nach dem Unfall zuerst unblutig ohne Erfolg, dann blutig mit vollem Erfolg die Reposition ausgeführt hatte. Es handelte sich um eine luxatio inveterata subcoracoidea. Schnittführung parallel mit dem Oberarmknochen 10 cm lang. Starke Verwachsungen des Kopfes an Ort und Stelle. Pfanne normal, starke Verkürzung des M. subscapularis. Der Operierte kann jetzt wieder schwere Arbeit verrichten. B. führt die bekannten Fälle aus der Literatur an und erwähnt, dass bei der veralteten Schultergelenksluxation nur selten operiert wird und dass die veralteten Luxationen sich nur schwer oder überhaupt nicht unblutig reponieren lassen. Er empfiehlt für solche Fälle die Operation. **Chlumsky**-Krakau.

39) **Rohde.** Zwei Fälle von Entbindungslähmung.

Dissert. Greifswald 1908.

R. beschreibt 2 Fälle aus der Greifswalder Kinderklinik, bei denen nach schweren Entbindungen (beide Male mussten die Schultern durch Einhaken mit 2 Fingern gelöst und extrahiert werden, in Fall II ausserdem Zange) Lähmungen beobachtet wurden und zwar vom Typus Duchenne-Erb. Durch Elektrisieren, Massieren und passive Bewegungen liess sich in einem Fall wesentliche Besserung erreichen, während das andere Kind infolge von Luftröhren- und Darmkatarrh starb. **Blencke**-Magdeburg.

40) **Coenen.** Die Behandlung des suprakondylären Oberarmbruchs.

Beitr. zur klin. Chirurgie. Bd. 60. S. 313.

Auf Grund anatomischer Ueberlegung und der Form der Dislokation des unteren Fragmentes, das bei dem typischen suprakondylären Oberarmbruch nach hinten und oben verschoben ist, kommt Verf. zu dem Schluss, dass zur Reposition der Fragmente ein Zug nach unten und vorn nötig ist. Dieses entspricht nach dem Parallelogramm der Kräfte einem Diagonalzug, der in der Richtung des stumpfwinklig gebeugten Vorderarms angreift. In dieser Stellung wird bei starker Extension ein Schienen- oder Gipsverband angelegt, und wie die Nachuntersuchung von 35 Fällen aus der Breslauer Klinik zeigt, sind die Resultate bei dieser Behandlung — der Verband bleibt bei guter Stellung 2—3 Wochen liegen



— in jeder Beziehung gute, besser als bei allen anderen Methoden. Bei Extensionsverbänden traten mehrfach Nervenstörungen auf, und auch der Cubitus varus kann am sichersten vermieden werden, zumal, wenn man das untere Fragment mehr abduziert stellt. Eine Myositis ossificans wurde nicht gefunden. **Meyer**-Heidelberg.

41) **Hansen.** Beitrag zur Kasuistik der Myositis ossificans traumatica des musculus brachialis internus.

Dissert. Greifswald 1908.

H. berichtet über 2 Fälle aus der Greifswalder Klinik, bei denen sich nach Verletzungen (Schlag bezw. Fall auf den Arm) eine Myositis ossificans im musc. brach. int. entwickelt hatte. Eine Fraktur oder Luxation war in beiden Fällen nicht eingetreten, aber beide Male ist der Arm frühzeitig massiert und sind Bewegungsübungen vorgenommen. Die Verknöcherung war in einem Fall nur vom Periost, im anderen vom Periost und vom Muskel ausgegangen. Beide Male musste bei der Operation der ganze Muscul. brach. int. entfernt werden. Von Fall II wird auch ein genauer mikroskopischer Befund mitgeteilt. **Blencke**-Magdeburg.

42) **Schwenk.** Isolierte Fraktur des Processus coronoideus ulnae.

Zentralbl. f. Chir. 1908. Nr. 32.

Die Verletzung entstand durch Fall auf den gestreckten Arm mit leicht dorsal flektierter Hand. Somit Stauchung des Vorderarms in der Richtung der Längsachse. Anfangs wenig Schmerzen, exazerbieren heftig bei Bewegung des Vorderarms.

Gipsverband in Flexionsstellung von 60°. Gute Heilung.

Meyer-Heidelberg.

43) **Blecher** (Strassburg). Die Schädigung des Nervus medianus als Komplikation des typischen Radiusbruches.

Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 93. H. 1. S. 34.

Schädigungen des N. medianus sind nach typischen Radiusfrakturen selten und zwar aus folgenden Gründen: der Nerv liegt nicht unmittelbar dem distalen Radiusende an; er ist bis zu einem gewissen Grade verschieblich; es besteht selten eine starke Dislokation der Bruchenden und meist eine geringe Kallusbildung. Mitverletzungen der Nerven sind für die Wiederherstellung der vollen Gebrauchsfähigkeit der Hand von grosser Bedeutung, wie die eigene Beobachtung von Bl. deutlich illustriert. — Die Schädigungen, denen der Nerv ausgesetzt ist, teilt Bl. in primäre, durch direkten

Druck oder durch Ueberdehnung bedingte, und in sekundäre, die ihre Ursache in einer stärkeren Kallusbildung haben, ein. Die Prognose der ersteren ist ungewiss, da die Regeneration des Nerven, die im übrigen nach den Erfahrungen von Bl. frühestens nach 47 Tagen und spätestens nach 3 Monaten zu erwarten ist, nicht immer erfolgt. In diesem Falle wäre dann die operative Freilegung des Nerven mit event. Resektion und sekundärer Naht indiziert. Die sekundären Schädigungen hingegen haben eine bedeutend bessere Prognose, da sich die Krankheitserscheinungen (Störungen der Motilität und Sensibilität, neuralgische Beschwerden) nach Abmeisselung des übermässig gewucherten Kallus meist zurückbilden.

Da die Heilung einer Radiusfraktur und die Beseitigung aller ihrer Folgeerscheinungen durch eine Mitverletzung des N. medianus bedeutende Verzögerung erleidet, die durch sachgemässe und rechtzeitige Behandlung des geschädigten Nerven hintangehalten werden kann, so ist eine Funktionsprüfung des N. medianus nach jeder Radiusfraktur indiziert. **Stoffel**-Heidelberg.

44) **O. Foerster** (Breslau). Drei Fälle von isolierten Sehnenverletzungen.

Beitr. z. klin. Chir. Bd. 57. H. 3. S. 720.

Fall I: Isolierte Durchtrennung der Sehne des langen Zeigefingerstreckers. Messerschnitt in den Rücken des linken Zeigefingers in der Höhe des 1. Interphalangealgelenks. Die Wunde heilte rasch zu. Die jetzigen Funktionsstörungen sind: Die Mittelphalanx ist in der Ruhe gegen die Grundphalanx stark gebeugt, die Endphalanx aber gegen die Mittelphalanx überstreckt. Gleicht man passiv die Flexionsstellung der Mittelphalanx aus, so erlischt die Ueberstreckung des Endgliedes. Bei der Operation wurde eine Durchschneidung des „Extensor longus“ konstatiert. Die Bewegungsstörungen der einzelnen Phalangen lehren uns in physiologischer Hinsicht Folgendes: die Streckung der Mittelphalanx wird nicht nur von den Interossei allein besorgt, sondern von dem Extens. digit. communis, der Verbindungen mit der Dorsalseite der Grundphalanx und der Dorsalseite der Basis der Mittelphalanx eingeht. Fällt die Wirkung des Extens. digit. commun. weg, so werden die Interossei kompensatorisch abnorm angespannt: eine Hyperextension des Endgliedes ist die Folge.

Fall II: Subkutane Zerreissung der Sehne des Extensor pollicis longus Ein Artist verspürte beim Laufen auf den Händen einen plötzlichen Schmerz in der Tabatière. Der rechte Daumen zeigte folgende Funktionsstörungen: der Metakarpus I ist stärker gegen den Karpus

gebeugt und etwas mehr abduziert. Die Endphalanx steht dauernd in abnormer Beugestellung. Der Metakarpus I kann aktiv nicht gestreckt werden, dagegen ist die Abduktion desselben in vollem Umfang möglich. Die Adduktion desselben erfolgt nur in Beugestellung, die Opposition ist nicht gestört. Die aktiven Bewegungen der Grundphalanx sind unbehindert, dagegen ist die Extension der Endphalanx unmöglich. Nur wenn der Daumen den andern Fingern opponiert wird, kann die Endphalanx gestreckt werden. Bei der Operation fand sich eine Zerreissung der Sehne des Extensor pollicis longus in der Höhe des Karpometakarpalgelenks. Da das proximale Ende nicht zu finden war, wurde das distale Ende an die Sehne des Extens. pollic. brevis angenäht. Nach einem Jahre bestand noch mangelhafte Streckfähigkeit des Metakarpale I, aber fast vollkommene Möglichkeit, das Endglied zu strecken.

Fall III: Perkutane Durchschneidung der Sehne des Extens. pollicis longus. Die Funktionsstörungen gleichen denen von Fall II, nur kann der Patient auch bei der Opposition das Endglied nicht strecken. Bei der Operation fand sich eine partielle Durchtrennung der Sehne des Extens. poll. long. im Bereiche des Metakarpophalangealgelenks.

Die Muskeln des Daumenballens, die die Opposition besorgen, können, da ihre Endsehnen aponeurotische Streifen zur Sehne des Extens. pollic. longus senden, gleichzeitig die erste Phalanx beugen und die letzte strecken, aber nur wenn die normale Verbindung der Sehne mit der Dorsalseite des Metakarpophalangealgelenks erhalten ist. Wird dieses Punktum fixum vernichtet, dann können die Daumenballenmuskeln an dem entspannten Sehnenstück ihre Wirkung nicht mehr entfalten; auch bei Opposition ist die Streckung des Endgliedes unmöglich. **Stoffel**-Heidelberg.

45) **Lilienfeld** (Leipzig). Ueber die Erzeugung der typischen Verletzungen der Handwurzelknochen und des Radiusbruches auf indirektem Wege an der Leiche und ihre Entstehungsart, erläutert durch den Mechanismus der Handgelenksbewegungen.

Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. XX, S. 437.

Verf. ist es gelungen, die Luxation resp. Fraktur einzelner Handwurzelknochen experimentell zu erzeugen. Es geht aus den Versuchen hervor, dass es dabei nur auf eine bestimmte Position der Hand und eine bestimmte Richtung der einwirkenden Gewalt ankommt, um mit Sicherheit ganz bestimmte Verletzungen zu er-



zeugen. Ebenso wie der Fall auf die Hand bei dorsalflektierter Stellung derselben einen Radiusbruch mit typischer Dislokation erzeugt, so tritt bei Volarflexion die Verschiebung des distalen Bruchendes im umgekehrten Sinne ein. Steht die Hand beim Fall in Dorsalflexion und Radialabduktion, so kommt bei proniertem Unterarm und senkrechter Stellung des Unterarms zum Boden zunächst eine isolierte Fraktur des Navikulare zu Stande, wobei sich die Bruchlinie in ihrem Verlauf je nach der grösseren oder geringeren Radialabduktion der Hand richtet Das Navikulare dreht sich bei der Radialabduktion der Hand so, dass es sich quer zur Handfläche stellt, und so wird es zwischen Multangulum und Radius eingekeilt durch die einwirkende Gewalt zertrümmert. Bei dem Versuch in dorsalflektierter Stellung und Ulnarabduktion der Hand eine Luxation des Lunatum zu erzeugen, kam diese nur in Verbindung mit dem Abbruch des proximalen Pols des Navikulare zu Stande. Auch bei der Operation von drei Fällen fand sich das Lunatum im Zusammenhang mit dem Fragment des Navikulare. Durch Aufstauchen der ulnarabduzierten, dorsalflektierten Hand bei lotrechter Stellung des Unterarms in der Mitte zwischen Pronation und Supination gelang es auch die Luxation des Kapitatum zu erzielen. Bei einem in gleicher Weise angestellten Versuch rutschte Verf. mit dem Arm aus und es ergab sich zunächst auf dem Röntgenbilde eine Luxation des Lunatum und ein Bruch des Proc. styl. radii. Die Präparation bestätigte die Diagnose, zeigte aber zur gleichen Zeit einen Bruch des Kapitatum, der auf dem Röntgenbilde kaum sichtbar war. Da Verf. auch beim Lebenden diese Erfahrung machte, so glaubt er, dass die Kapitatumfraktur viel häufiger sei, als sie diagnostiziert werde.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

46) **Heilporn** (Antwerpen). Fracture du Scaphoïde et luxation du Sémi-lunaire.

Journal belge de Radiologie. 15. April 1908.

H. zeigt zwei Röntgenogramme, welche die oben genannten Läsionen deutlich erkennen lassen, so dass die Knochen Lunatum und Scaphoïdeum (von letzterem nur ein freies Stück) vor dem unteren Ende des Radius liegen. Nach H. ist dieser Zustand so zu erklären: der Unfall fand statt, während die Hand stark extendiert und radialwärts flektiert war; durch das Körpergewicht ist das lig. anterius der Handwurzel zerrissen. So war die Hand hyperextendiert und der hintere Rand des Radius auf die hintere Fläche des Scaphoideum und Lunatum gestützt; dadurch waren die beiden



Knochen nach vorn und oben gestossen. Die Verlagerung des Scaphoideum war nur möglich nach Fraktur desselben, denn dieser Knochen hat zwei Durchmesser in verschiedenen Ebenen, durch die er kräftig fixiert wird. **Kaisin**-Floreffe.

47) **Ohly.** Luxation des os lunatum. Pathologische Anatomie und blutige Reposition derselben.

Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 93. S. 208.

Fall auf die Vola manus bei ausgestrecktem Arm. Kam am 45. Tage nach dem Unfall in Behandlung. Da die unblutige Reposition nicht gelingt, Operation. Das Lig. Lunato-Triquetrum war eingerissen. Der fast in der Längsrichtung des Armes verlaufende Riss eröffnete das Gelenk zwischen Os-Lunatum und Os-Triquetrum bez. Os pisiforme. Die Reposition gelingt unter Freimachung des Lunatum nach der ulnaren Seite und Einkerbung der Verbindungen nach dem Dorsum unter Dorsalflexion, Druck auf das Lunatum mit nachfolgender Bewegung. Wiederherstellung der normalen Beweglichkeit des Handgelenks. **Meyer**-Heidelberg.

48) **De Witt** (Stetten). Zur Frage der sog. „Madelungschen Deformität" des Handgelenks mit besonderer Rücksicht auf eine umgekehrte Form derselben.

Zentralbl. f. Chir. 1908. Nr. 31.

Allmähliches Entstehen der Deformität ohne nachweisliche Ursache. Keine Rachitis. Radius im unteren Drittel stark konvex nach vorn und nach der radialen Seite gekrümmt; Ulna leicht nach hinten konvex verbogen. Gelenkfläche des Radius nach hinten und zur Ulna gedreht, Luxatio posterior des Ulnaendes und Subluxationsstellung der Hand nach hinten. Also entgegengesetzt der Madelungschen Deformität.

Aetiologisch nimmt V. als höchstwahrscheinlich unregelmässige Ossifikation des unteren Endes der Radiusdiaphyse an. Therapie evtl. Osteotomie des Radius nach vollendetem Wachstum.

Meyer-Heidelberg.

49) **G. Simon** (Hann.-Münden). Isolierte offene Luxation des vierten rechten Mittelhand-Grundgelenks.

Mediz. Klinik 1908, Nr. 22, S. 835.

Die Luxation des IV. Fingers im Grundgelenk kam durch Ueberstreckung zustande, die so stark war, dass das zentrale Ende der Grundphalanx die Haut an der Vola sprengte und 2 cm in die

Hohlhand hineinragte. Sehne nicht verletzt. Reposition in Narkose. Kapsel nicht genäht. Verband in halber Klauenstellung, nach 8 Tagen leichte Bewegungen, 5 Wochen nach dem Unfall völlige Heilung. **Ewald**-Hamburg.

50) **Henneberg** (Magdeburg). Kasuistischer Beitrag zur kongenitalen familiären dermatogenen Kontraktur der Fingergelenke.

Deutsche med. Wochenschr. 1908. S. 1804.

H. beobachtete unter 11 Kindern eines Mannes, der mit einer dermatogenen Beugekontraktur des rechten kleinen Fingers behaftet war, bei 6 ein einseitiges oder doppelseitiges Vorkommen derselben Affektion. Bei einem weiteren 7. Kind trat die Kontraktur später am Ringfinger auf. Unter 71 Mitgliedern der 3. Generation war die Missbildung nur bei 3 Kindern festzustellen. Die Veränderungen waren nur in den Weichteilen der Vorlarseite vorhanden, die knöchernen Bestandteile wiesen keinerlei Veränderung auf. Verf. fasst das Leiden als primäre anormale Entwickelung der volaren Hautbedeckung auf. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

51) **J. Moreau** (Brüssel). Les fractures de l'extrémité des Phalangettes.

Bull. méd. des Accidents du Trav. 19. Juni 1908.

Der Verf. berichtet über 6 Fälle von Frakturen der dritten (resp. der zweiten — beim Daumen) Phalanx verschiedener Finger und bemerkt, dass diese Frakturen funktionell gut heilen können, ohne dass eine anatomische Heilung, d. h. Wiedervereinigung der Fragmente durch Knochengewebe, stattfindet. **Kaisin**-Floreffe.

52) **Grimbach.** Zwei Fälle von Beckenluxation.

Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 94. S. 609.

Es handelt sich um zwei fast analoge Fälle. Beide wurden in kyphotisch deklinierter Stellung von schweren Gesteinsmassen am Rücken getroffen. Die eine Beckenhälfte war im Hüftgelenk fixiert. Dadurch wurde die andere durch die Gewalteinwirkung aus der Articulatio sacro-iliaca und der Symphyse herausgerissen und nach vorn und unten verschoben. Die Fälle sind als indirekte Stauchungsluxationen anzusehen. Es bestand motorische Parese und eine Hyperästhesie in den Beinen. Differentialdiagnose ob Bruch vorliegt, ist durch Palpation zu erbringen; pathognomisch ist eine federnde Bewegung bei Druck auf beide Beckenschaufeln für reine Luxationen, ohne Bruch. Als Therapie empfiehlt V. zunächst

forzierte Einrenkung auf dem Schede'schen Extensionstisch in Narkose und zunächst 14 Tage fixierender Gipsverband. Hierauf permanente Extensionsbehandlung ca. 1 Monat.

Meyer-Heidelberg.

53) **Axhausen** (Berlin). Zur künstlichen Blutleere der unteren Körperhälfte nach Momburg.

Deutsche med. Wochenschr. 1908. S. 2114.

Verf. hat das von Momburg angegebene Verfahren zur künstlichen Blutleere der unteren Extremitäten in einem Falle von Resektion der Hüftpfanne und des angrenzenden Beckenteils erprobt, und als sehr sicher und ohne Nachteil gefunden. Das Verfahren besteht in der mehrfachen Umschnürung der Taille mit einem ca. fingerdicken festangezogenen Gummischlauch. Diese starke Konstriktion des Bauches, im speziellen der Darmschlingen, scheint nach den bisherigen Beobachtungen ohne Schädigung des Patienten möglich zu sein. Speziell für Hüft- resp. Beckenoperationen dürfte das Verfahren von Wichtigkeit sein. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

54) **Deutschländer** (Hamburg). Die blutige Reposition der angeborenen Hüftverrenkungen.

Zeitschr. f. orthop. Chir. XX. Bd. S. 189.

D. plädiert dafür, in geeigneten Fällen, wenn die unblutige Behandlungsmethode versagt, die blutige Reposition der angeborenen Hüftverrenkung vorzunehmen. Die Hindernisse, welche der operative Eingriff in sich birgt, sind bei geeignetem Vorgehen und bei genügender Erfahrung zu überwinden. Sowohl die Mobilisation des oberen Femurendes aus seinen Verwachsungen wie das Auffinden und Aushöhlen der ursprünglichen Pfanne sind meistens sehr schwierig, auch die Verbildung des Kopfes ist ein sehr störendes Moment für die Reposition. Aber gerade diese Punkte machen auch nach D.'s Ansicht in vielen Fällen die unblutige Reposition unmöglich, sodass die Heilung nur auf blutigem Wege erfolgen kann. Unbedingt nötig ist im Anschluss an die Operation eine entsprechende Nachbehandlung. D. berichtet dann über 10 operierte Gelenke, von denen 5 mit guter Funktion ausheilten. In 4 Fällen kam es zur Ankylose des Gelenks. Reluxationen traten nie ein. Infektion wurde dreimal beobachtet, tödlicher Ausgang (38 Stunden post operat.) einmal, wahrscheinlich als Spätfolge der Narkose.

Ottendorff-Hamburg-Altona.



55) **Wallis.** Zur Kenntnis der traumatischen Ischiadikuslähmung nach Reposition der angeborenen Hüftgelenksluxation.

Dissert. Leipzig 1908.

In zwei Fällen von doppelseitiger kongenitaler Hüftluxation gelang trotz mehrfacher Versuche die Reposition nicht, dagegen traten Lähmungen auf und zwar einmal nur eine einseitige, das andere Mal eine doppelseitige Ischiadikuslähmung, im letzten Fall ausserdem Innervationsstörungen von Blase und Perineum, wahrscheinlich infolge von Hämatomyelie des Conus medullaris. Beide Male handelte es sich um Mädchen, von denen eines 3 Jahre, das andere bereits 7 Jahre alt war. In beiden Fällen konnte die Lähmung nach mehreren Monaten durch Galvanisieren, Hydrotherapie, Massage und Gymnastik wieder gehoben werden.

Blencke-Magdeburg.

56) **Becher** (Münster). Ueber kompensatorische Hüftgelenksverrenkung.

Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. XX, S. 171.

Bei einem Pat., der in seiner Jugend eine Koxitis mit konsekutiver hochgradiger Adduktionsstellung aquiriert hatte, entwickelte sich infolge Ueberkreuzens der Beine eine Luxation der gesunden Hüfte auf mechanischer Basis. Eine kongenitale oder pathologische Verrenkung war nach Lage der Sache auszuschliessen. Die Adduktionsstellung der koxitischen Hüfte wurde durch subtrochantere Osteotomie beseitigt, auf der luxierten Seite gelang die Reposition nach Durchtrennung der hindernden Weichteile.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

57) **R. Horand** (Lyon). La hanche à ressort ou maladie de Perrin-Ferraton.

Gazette des hôpitaux. 1908. p. 1811.

H. hat in der Literatur nur 5 Fälle von schnappender Hüfte finden können (hat aber augenscheinlich die nichtfranzösische Literatur sehr wenig berücksichtigt! Ref.). Nachdem man früher an eine Luxation resp. Subluxation des Hüftgelenks gedacht hatte, ist man jetzt nach dem Vorgang Ferratons der Meinung, dass bei bestimmten Bewegungen die vorderen Fasern des glutaeus maximus vor den Trochanter major gleiten. An der Leiche kann man dies leicht nachweisen, wenn man den vorderen Rand des glut. maximus isoliert und den Trochanter freilegt.



Die Symptome sind folgende:

In Rückenlage des Patienten lässt sich das Schnappen meist nur bei aktiver Rotation nach aussen feststellen. In aufrechter Stellung können es die Patienten bei bestimmten Bewegungen und im Gehen hervorbringen. Das Röntgenbild ergibt nichts Abnormes. Die Beschwerden sind verschieden stark; allgemein wird über leichte Ermüdung geklagt. Therapie: Ruhe, Massage, in schweren Fällen Naht des unteren Randes des glutaeus max. an den Trochanter.

Ewald - Hamburg.

58) Stieda (Königsberg). Ueber Coxa valga adolescentium.

Arch. f. klin. Chir. Bd. 87, H. 1, S. 243.

St. beschreibt zwei Fälle von Coxa valga, die durch Röntgenaufnahme festgestellt wurden. Bei dem einen Patienten bestand auf der anderen Seite eine Coxa vara. Das deutliche Sichtbarsein des Trochanter minor auf den Röntgenbildern beweist nicht wie beim normalen Femur eine Aussenrotation, sondern beruht darauf, dass der Trochanter minor bei Coxa valga und vara direkt nach innen gerichtet sein kann. Charakteristisch für die Erkrankung ist die starke Aussenrotation des erkrankten Beines sowie die Verschiedenheit in der Länge beider Beine, da die Erkrankung, auch wenn sie doppelseitig ist, gewöhnlich nicht beiderseits in gleicher Stärke auftritt. Als Ursache der Coxa valga sowie der nach vorn konvexen Biegung des Schenkelhalses, die sowohl bei Valgus- wie bei Varusstellung auftritt und die Aussenrotation des Beines bedingt, glaubt Verf. den Muskelzug spez. die Wirkung der Aussenrotatoren anschuldigen zu müssen. Therapeutisch erwies sich medikomechanische Behandlung und Massage als vorteilhaft.

Ottendorff - Hamburg - Altona.

59) Otto Haldenwang (Tübingen). Ueber echte Schenkelhalsfrakturen im kindlichen und jugendlichen Alter.

Beitr. z. klin. Chir. 1908. Bd. 59. 1. S. 81.

Im Gegensatz zur Epiphysiolyse werden echte Schenkelhalsbrüche im kindlichen und jugendlichen Alter für eine grosse Seltenheit gehalten (Hoffa, Hesse). Zwei Fälle werden aus der v. Brunsschen Klinik mitgeteilt. Bei einem 4jährigen Mädchen war der Hals am Trochanteransatz gebrochen und in Koxa varastellung konsolidiert. Bei einem 14jährigen Mädchen lag etwa derselbe (Röntgen-!) Befund vor. Beiden Patienten konnte durch einfache Erhöhung des Stiefels geholfen werden.



Aus der Literatur werden 23 weitere Fälle, die alle durch Röntgenbild oder Operation sichergestellt sind, zusammengestellt. Daraus ergibt sich folgendes Resultat: Schenkelhalsfrakturen kommen in jedem Lebensalter vor, sie sind im ersten Jahrzehnt am häufigsten und werden mit zunehmendem Alter immer häufiger. Am häufigsten kommen die Frakturen des jugendlichen Halses an seiner Basis vor.

Ewald - Hamburg.

60) **Franck.** Zur Beurteilung der Oberschenkelhalsbrüche.

Medizinische Klinik. 1908. Nr. 26.

Mitteilung zweier Fälle von eingekeilten Schenkelhalsfrakturen, bei denen die Verletzten nach dem Unfall weiter arbeiteten und bei denen die eigentlichen Beschwerden erst später auftraten. Die Diagnose wurde erst $1^1/_2$ Jahre bezw. 4 Monate nach dem Unfall gestellt, nachdem die Vorgutachter keine derartige Verletzung erkannt hatten. **Meyer**-Heidelberg.

61) **Robert Jones.** Die Behandlung der Femurfrakturen beim Neugeborenen.

Brit. med. Journal. 6. Juni 1908.

Jones empfiehlt zur Behandlung von Femurfrakturen, die intra partum eingetreten sind, Heftpflaster-Extension unter Verwendung der bekannten Thomasschen Schiene, ein Verfahren, das ihm in 26 Fällen sehr gute Resultate geliefert hat.

Böhm - Berlin.

62) **Martini.** Ueber einen Apparat für die Frakturen des Schenkels.

Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 93. S. 230.

Das Prinzip des Apparates besteht darin, dass zentral und peripher vor der Fraktur je 2 Platten in einen muffartigen Gipsverband eingeschlossen werden. Die Platten werden durch einen Innen- und Aussenstab miteinander verbunden, welche in den unteren Platten durch ein Schraubengewinde befestigt sind. Durch dieses Schraubengewinde kann beliebig starke Extension ausgeführt werden, und da das Gebiet der Fraktur freiliegt, so kann diese stets kontrolliert, massiert etc. werden. Auch bei komplizierten Verbänden gut geeignet. Ebenso ist der Verband auch als Gehverband zu benutzen.

Meyer - Heidelberg.



63) **Condray.** Contribution à l'étude de l'ostéomyélite aigue non suppurative, Ostéomyélite de l'extrémité supérieure du femur; difficultés du diagnostic.

(Beitrag zum Studium der akuten Osteomyelitis ohne Eiterung. Osteomyelitis des oberen Femurendes und ihre Differenzialdiagnose.)
Annales de chir. et d'orthop. 21. Bd., Nr. 5, S. 135.

Im Anschluss an einen Fall von entzündlicher Affektion der Hüftgegend, die zunächst mit hohem Fieber einherging, dann aber 4 Jahre lang latent blieb, um nach dieser Zeit wieder akut zu werden, bespricht Verf. die Differentialdiagnose zwischen Osteomylitis des oberen Femurendes und anderen Erkrankungen spez. Gelenkrheumatismus, event. auch Tuberkulose. Kennzeichnend für Osteomyelitis ist Druckempfindlichkeit am Sitz des Prozesses, sowie die Schmerzen in Verbindung mit der Intensität der Allgemeinerscheinungen und das Versagen der Salicyltherapie. Die Pat. C.'s kam infolge des Wiederaufflammen des Prozesses zur Operation, und es fand sich dabei ein osteomyelitischer Herd des oberen Femurendes, in dessen Eiter Staphylokokken nachgewiesen wurden.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

64) **Bilhaut** (Paris). Absence congénitale des rotules (Ueber kongenitalen Defekt der Patella).

Annales de chir. et d'orthop. Bd. XXI. Nr. 10. S. 292.

B. fand bei einem elfmonatlichen Kinde, das wegen rachitischer Verbiegung der unteren Extremitäten zu ihm gebracht wurde, ein völliges Fehlen der Patella an beiden Knien. Eine Bewegungsstörung in den Kniegelenken schien nicht vorhanden zu sein. Ueber die Gehfähigkeit liess sich bei dem Alter des Kindes noch nichts sagen. Die Affektion scheint B. nach der Art der Veröffentlichung völlig unbekannt zu sein. **Ottendorff** - Hamburg-Altona.

65) **v. Salis.** Zur Frage der blutigen Reposition bei Luxatio genu congenita.

Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 94. S. 149.

$^5/_4$ jähr. Mädchen mit totaler kongenitaler Kniegelenkluxation nach vorn in Verbindung mit fehlender Patella und hochgradigem Klumpfuss, kompliziert durch eine starke Verkürzung des Quadriceps. Die unblutige Reposition ist wegen der Spannung des Quadriceps nicht möglich. Deshalb blutig: Plastische Verlängerung der Quadricepssehne durch Längsteilung, dabei quere Durchtrennung der inneren Hälfte oben, der äusseren Hälfte im Bereich der Ansatzstelle an der Tibia, wobei gleichzeitig ein za. kleinmandelgrosses Stück der



Tibia mit ausgelöst wird, das somit einen Ersatz für die fehlende Patella bildet. Reposition gelingt nach Durchtrennung der vorderen Gelenkkapsel. $1^1/_2$ Monate nach der Reposition kann das Kind auf dem Bein stehen, aktive Streckung noch nicht möglich

Meyer-Heidelberg.

66) **Vormann.** Ueber einen Fall von traumatischer Luxation des Kniegelenks mit Erhaltung der Dienstfähigkeit.

Deutsche militärärztl. Zeitschr. 1908. H. 23.

Entstanden durch Sturz vom Pferde. Nach Einrenkung des fast rechtwinklig gegen die Innenfläche des Oberschenkels geneigten Unterschenkels anfangs Gipsverband, Punktion des Hämatoms, später Massage, Bäder, gymnastische Uebungen etc. Vollkommene Wiederherstellung der Gebrauchsfähigkeit des Knies. Keine Regelwidrigkeit am Knie sichtbar. Der Verletzte war Offizier.

Meyer-Heidelberg.

67) **J. Lynn Thomas.** Fraktur der Patella und ihre Behandlung durch Mobilisierung des unteren Fragments.

Brit. med. Journal. 16. Mai 1908.

Bei einer 6 Wochen alten Fraktur der Patella ermöglichte sich der Verf. dadurch die Annäherung der Fragmente zum Zweck der Naht, dass er unter möglichster Schonung des ligamentösen Apparates die tuberositas tibiae abmeisselte und dann das distale Fragment proximalwärts verschob. **Böhm**-Berlin.

68) **Bettmann** (Leipzig). Ueber eine Schraubvorrichtung zur Heilung des Kniescheibenbruchs.

Münch. med. Wochenschr. 1908. Nr. 36, S. 1877.

Alle Kniescheibenbrüche mit erheblicher Strecklähmung oder erheblicher Streckschwäche und solche mit klaffenden Bruchstücken sind operativ zu behandeln. Der Silberdrahtnaht haften verschiedene Mängel an (ungenügende Fixation der Fragmente, daher Refraktur, Bruch des Drahtes), weshalb v. Brunn und Riedel Seide oder Katgut empfohlen haben. Bei veralteten Patellarbrüchen mit grosser Diastase wendet B. eine Schraubvorrichtung (Fig.) an: je ein Querstab, deren jeder zwei Löcher an den Seiten trägt, von denen eines ein Gewinde hat, wird durch die Knochenfragmente gebohrt, und dann mittels Schrauben einander genähert, bis die Fragmente sich berühren und so knöchern verwachsen können. (14 Tage fixierender Verband, dann Massage und Gehübungen in abnehmbarem Verband, nach 4 Wochen Herausnahme der Stäbe.) In 2 Fällen gutes Resultat.

Ewald-Hamburg.



69) **P. Delbet** (Paris). Des luxations du genou en dehors et leur irréductibilité.

Revue d'orthop. 1908. 5. p. 385.

Inkomplete Luxationen des Kniegelenks sind nach D. häufiger als angenommen wird, doch erfolgt ihre Reposition immer sofort nach dem Unfall von selbst, so dass der Arzt nur immer eine „schwere Distorsion“ diagnostizieren kann. Bei kompleten Luxationen müssen unbedingt sämtliche Bänder zerreissen, z. T. auch die Muskeln. Zu dieser Ansicht wurde D. im Gegensatz zu anderen Autoren durch Leichenversuche geführt. Diese geben Aufklärung über die Wichtigkeit aller Bänder, Aponeurosen und der Kapsel. Bleibt nur ein Band unverletzt, gleichgültig welches, — so sind am gestreckten Bein keine seitlichen Bewegungen möglich. Die Irreponibilität hat ihre Ursache in einer ligamentären oder muskulären Interposition. Und zwar gleitet bei der Luxation nach aussen (kommt fast nur vor!) ein fibröser Kapsel-Aponeurosenstrang, oder auch Teile des Vastus med. über den Condylus medialis femoris hinweg nach hinten und hindert jegliche Reposition. — Einen Fall hat D. selbst beobachtet und teilt dessen Krankengeschichte genau mit: Symptome: Bajonettstellung, Unterschenkel in Abduktion und Innenrotation, Patella aussen fixiert auf dem Condylus externus, Condylus internus innen deutlich zu fühlen, darunter eine quere Hauteinziehung. — Operation: Resektionsschnitt. Da die Patella durch einen Strang, der von der fossa intercondyloidea zum unteren Rand der Kniescheibe geht, in ihrer falschen Lage erhalten wird, so durchtrennt D. den Strang, worauf die Patella an ihre normale Stelle geht. Gleichzeitig gelingt es auch, die Tibia zu reponieren. Kapselhautnaht. Gipsverband. Nach 9 Wochen sind bereits aktive Beugungen über einen rechten Winkel möglich. Vollkommenes Resultat, ohne Erwerbsbeschränkung. — Ausserdem vier Fälle aus der Literatur.

Ewald-Hamburg.

70) **J. Mensik** (Prag). Ueber einen Fall von angeborenem Genu valgum.

Beitr. z. klin. Chir. Bd. 57. H. 3. S. 609.

Ein kasuistischer Beitrag. Bei einem 19 jähr. Knecht, der mit X-Beinstellung zur Welt gekommen sein soll, etablierte sich im Laufe der Jahre ein hochgradiges Genu valgum. Am ganzen Körper keine Zeichen von Rachitis. Der linke Unterschenkel, der hyperextendiert werden kann, bildet mit dem Oberschenkel einen nach lateral offenen Winkel von 142°. Der linke Fuss steht in



Varusstellung und zeigt an seiner Aussenseite Schwielenbildung. Auf dem Röntgenbild ist der Schaft des Femur in seiner unteren Partie nach innen konvex gebogen, die Epiphysenlinie verläuft fast horizontal. Der Condylus lateralis ist breiter, aber flacher, der mediale Höcker ist schmaler, jedoch fast um $^1/_3$ länger.

Die Therapie bestand in der Exzision eines 5 cm langen Keiles mit der Basis nach innen direkt proximal des Condylus medialis und Vereinigung der Knochenstücke durch Aluminiumbronzedraht. Nach vollendeter Konsolidation, die erst nach einiger Zeit eingetreten war, lagen beide untere Extremitäten ziemlich parallel der Unterlage auf.

Da M. ein Genu valgum rhachiticum und adolescentium ausschliessen zu können glaubt, erblickt er in diesem Falle ein Genu valgum congenitum und neigt sich bezüglich der Aetiologie der zuerst von Küstner geäusserten Ansicht zu, der eine langdauernde intrauterine Belastung der befallenen Extremität im Sinne der Ueberstreckung für das Zustandekommen der Deformität verantwortlich macht. **Stoffel**-Heidelberg.

71) **Duvergey** (Bordeaux). La tuberculose du genou circonscrite au cul de sac quadricipital. (Die circumskripte Tuberkulose der Bursa suprapatellaris des Kniegelenks.)

Annales de chir. et d'orthop. XXI. Bd. Nr. 10. S. 299.

Bei einer 36 jährigen Frau entwickelte sich im Verlauf einiger Monate eine Geschwulst oberhalb des l. Kniegelenks, welche nach ihrer Lage und Gestalt als Hygrom der Bursa suprapatellaris angesprochen wurde. Bei der Operation fand sich eine tuberkulös erkrankte Bursa suprapatellaris, die mit dem intakten Gelenk durch eine Oeffnung von 1 cm Durchmesser zusammenhing. Von Wichtigkeit ist die Frage, ob die Erkrankung der Bursa die primäre ist und allein auf diese Höhle beschränkt geblieben ist. Dies kann, je nachdem ob ein Abschluss nach dem Gelenk zu besteht oder nicht, sehr verschieden sein. Die Art der Entzündung kann eine einfache seropurulente, fungöse oder auch fibrös schrumpfende sein. Die Diagnose ist nach dem Sitz des Tumors unter der Sehne des Quadrizeps und nach seiner Form leicht zu stellen. Für die benachbarten Gewebe und besonders für das Kniegelenk bietet diese Affektion immer eine Gefahr. Es ist deshalb eine baldige chirurgische Behandlung angezeigt. **Ottendorff** - Hamburg - Altona.



72) **Enderlen** (Würzburg). Ein Beitrag zur idealen Operation des arteriellen Aneurysma.

Deutsche med. Wochenschr. 1908. S. 1581.

E. hatte in einem Falle von arteriellem Aneurysma in der Kniekehle das Aneurysma reseziert. Die Enden der Arterie wurden, trotzdem ein Defekt von 4 cm bestand, durch Naht vereinigt und zwar in der Weise, dass das Kniegelenk in Beugestellung fixiert und erst nach 8 Tagen mit ganz vorsichtiger Streckung begonnen wurde. Verf. empfiehlt bei derartigen Operationen einen eventuell grösseren Defekt durch Implantation eines Venenstückes zu decken.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

73) **Schlatter** (Zürich). Unvollständige Abrissfrakturen der tuberositas tibiae oder Wachstumsanomalien?

Beiträge z. klin. Chir. 1908. 59. B. III. H. S. 518.

Verfasser beruft sich auf frühere Arbeiten (1903), in denen er auf unvollständige Abrissfrakturen der Tub. tib. hinwies und an Hand von Krankengeschichten zeigte, wie diese meist bei Knaben im 13., 14. Lebensjahr am rechten Knie vorkommen.

Die Entwickelung des Epiphysenfortsatzes fällt ins 13. — 14. Lebensjahr (übrigens variiert das mit der Rasse). Auf Röntgenbildern liess sich nachweisen, dass der Epiphysenfortsatz nicht nur als kleiner zungenförmiger Vorsprung von der Epiphysenplatte abwärts wächst, sondern auf dieser Platte seinen eigenen Knochenkern hat.

Die früher von Schlatter vorgeführten Röntgenbilder wurden von manchen Autoren auf die Richtigkeit hin angefochten, ob es sich in den besprochenen Fällen um Abrissfrakturen (partielle) der Tub. tib. handele oder um Wachstumsanomalien?

Schl. sagt nun, er habe nie seine Diagnose auf die Röntgenbilder allein gestützt, sondern auf den Gesamtbefund der klinischen Symptome (lokaler Druckschmerz der Tub. tib. 2—3 cm unterhalb der Kniegelenkspalte, fühlbare knöcherne Prominenz an dieser Stelle einige Zeit nach dem Trauma. Die Schmerzen im allgemeinen nicht sehr intensiv, aber anhaltend). Er führt auch einen Fall an, wo trotz sicherer klin. Diagnose der partiellen Abrissfraktur das Röntgenbild versagte (weil die Fraktur nicht in der sagittalen, sondern in der Ebene der durchfallenden Strahlen lag).

Die vollständigen Abrissfrakturen des ganzen Epiphysenfortsatzes sind schon lange bekannt. Dort handelt es sich aber um Individuen höheren Alters. Die Symptome jener Abreissung sind



ähnliche wie bei Patellarbruch, während bei den unvollständigen Abreissungen der Schmerz erst nach längerer Zeit auftreten kann (in einem Fall erst nach 14 Jahren nach dem Trauma so starke Beschwerden, dass Patient ärztliche Hilfe aufsuchte), auch die Funktionsstörung kein erhebliche zu sein braucht. Als Beweis für die ungeschädigte Funktion, selbst bei Ablösung der ganzen Tuberositas, wird eines Falles von Osgood gedacht. Der Gebrauch des Beines war nur wenig geschädigt, da der starke Hilfsstreckapparat des Unterschenkels zu beiden Seiten der Insertion des ligamentum patellae erhalten war (vastus int. und ext. resp. fascia lata).

Anführen von neuen Krankengeschichten mit Röntgenbildern, auf denen vor der Tub. tibiae deutlich abgesprengte Knochenteilchen zu sehen sind.

Bei doppelseitig auftretenden Affektionen der Tibia wiesen Winslow und Lantz eher auf eine Möglichkeit der Ossifikationsstörung hin, da auch die Beschwerden in dem Alter vergingen, wo eine Verschmelzung des Epiphysenfortsatzes mit der Diaphyse zu erwarten war.

Schl. schliesst aber auch in diesem Fall eine traumatische Abreissung nicht aus, wenn das Trauma auch, wie in vielen Fällen, nicht direkt zu ermitteln war. Ferner gibt Schl. zu, dass traumatische Einflüsse eine Ossifikationsanomalie begünstigen können. Für seine primär traumatische Aetiologie der Ossifikationsstörungen (keine Wachstumsanomalien) bringt Schl. als Beweis: In den von anderen Autoren angeführten Fällen handelte es sich um männliche Individuen, ums rechte Knie, um die obere Tibia epiphyse — die ihrer Lage nach am meisten Traumen ausgesetzt ist.

Bei jüngeren Individuen ist der Sitz der Verletzung mehr gegen die Spitze des Epiphysenfortsatzes hin, bei älteren, deren Epiphysenfortsatz durch die Ossifikation härter geworden ist, kann man bei einem Trauma eher ein Abheben des ganzen Fortsatzes mit Bruch an seiner oberen Basis erwarten.

Ausser indirekten Abrissfrakturen (durch Quadricepszug, Aetiologie häufig Fussballspiel) sind auch direkte partielle beobachtet worden.

Zum Schluss weist Verfasser nochmals darauf hin: Partielle Frakturen der Tuberositas tibiae können vorkommen, ohne dass ein bestimmtes Trauma nachgewiesen wird, ohne dass eine erhebliche Funktionsstörung vorliegt, ja ohne dass das Röntgenbild Aufschluss gibt.

Deshalb Zurückhaltung mit der Diagnose: Abnorme Ossifikation! Diese kann Folge sein von nicht diagnostizierter Kontinuitätsveränderung.

Die Konsequenz dieser Ueberlegung ist: Eine Fraktur kann behandelt werden, eine Störung der Knochenentwickelung nicht.

Die Therapie der Fraktur muss bestehen in Ruhigstellung des Kniegelenks durch immobilisierende Verbände. Heftpflasterstreifen, über die Tub. tibiae fixiert, helfen meist nicht, leisten dem Quadriceps nicht genügend Widerstand, werden auch bei stärkerer Schwellung nicht gut ertragen. **Manhold**-Heidelberg.

74) **Alivizatos** (Athen). Einseitige Verbiegung der oberen Tibiaepiphyse.

Χειρουργική Ἐπιθεώρησις. Bd. 3. H. 3—4.

11jähriger Junge ohne rhachitische Stigmata, welcher mit 5 Jahren im obersten Drittel seiner linken Tibia einen Abszess bekam, der vom Arzt gespalten wurde. Seit der Zeit Empfindlichkeit dieser Gegend, zeitweilig auch Schmerz und daher Hinken.

Erst seit 3 Jahren langsam wachsende Deformierung der in Betracht kommenden Stelle mit Bildung eines nach innen offenen spitzen Winkels. Beseitigung der Deformität durch quere Osteotomie der Tibia mit daurauf folgender manueller Durchbrechung der Fibula.

Aetiologisch nimmt A. Tuberkulose an, die zur Knochenerweichung und so zur Deformierung geführt hat.

Ref. neigt eher zu der Ansicht, dass letztere durch Störung des noch tätigen Epiphysenknorpels des betroffenen inneren Condylus der Tibia zu Stande kam; ob allerdings durch Tuberkulose oder Osteomyelitis, ist aus der sehr mangelhaften Anamnese, dem Fehlen eines Röntgenbildes und der nicht genauen Wiedergabe des Gelenkbefundes schwer zu entscheiden. **Chrysospathes**-Athen.

75) **Reissmann.** Talusluxation oder Luxatio pedis sub talo.

Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 93. S. 218.

Verf. unterzieht den von Kirchner im 91. Bd. der Deutschen Zeitschr. f. Chir. mitgeteilten und eingehend beschriebenen Fall, den K. als Talusluxation bezeichnete, einer kritischen Betrachtung und kommt zu dem Schluss, dass auch dieser Fall ebenso wie die von Schlagintweit mitgeteilten, als Luxatio pedis sub talo aufzufassen seien. **Meyer**-Heidelberg.

76) **Scherliess** (Königsberg). Ueber Frakturen des processus posterior tali.

Deutsche militärärztl. Zeitschr. 1908. H. 24. S. 1029.

Frakturen des proc. post. tali sind relativ selten, wegen seiner geschützten Lage einerseits — geschützt durch die Knöchel, die



Ferse, die gespannte Achillessehne —, andererseits kommen häufig Verwechslungen vor mit dem Os intermedium tarsi. Bei menschlichen Embryonen als getrennter Knorpel angelegt, vereinigt es sich bald mit dem Tibiale zum Astragalus, kann aber auch ausnahmsweise beim Erwachsenen als getrennter selbständiger Knochen bestehen bleiben. Verfasser beschreibt einen Fall von Fraktur des proc. post. tali, den er selbst beobachtet hat. Die Verletzung kam durch Fall bei gestrecktem Fuss zu stande.

Noch seltener als die Frakturen durch indirekte Gewalt (wie im geschilderten Falle), kommen die durch direkte Gewalteinwirkung vor. Letztere sind denkbar bei stark ausgebildetem Plattfuss, wenn das Sprungbein nach innen vorgewölbt ist, die Achillessehne nach aussen verschoben, und die Gewalt seitlich senkrecht auf einen Knöchel einwirkt. Jedenfalls ist eine conditio sine qua non eine starke Ausbildung des proc. post. tali.

Zur Differenzialdiagnose zwischen Bestehen eines Os intermedium tarsi oder Fraktur des proc. post. tali muss die Art der Verletzung dienen, ein Vergleichen der Röntgenbilder beider Füsse, auch des gesunden, eine Wiederholung der Aufnahme nach einiger Zeit und vor allem der klinische Befund. Eine Abmagerung der Muskulatur des verletzten Beines, ev. Behinderung der Beweglichkeit eines Gelenkes im Verlauf der Beobachtung sind wichtig für die Beurteilung des Falles und sprechen für Fraktur.

Manhold-Heidelberg.

77) **Ebbinghaus** (Dortmund). Der Bruch des Stiedaschen Fortsatzes des Sprungbeins.

Zeitschr. f. orthop. Chir., Bd. XX, S. 251.

Ebenso wie durch forzierte Dorsalflexion des Fusses ein Bruch des Talushalses entstehen kann, so kann auch durch Plantarflexion eine Fraktur des hinteren Fortsatzes (Stieda) entstehen, indem der hintere scharfe Rand der Tibia den Prozessus abstemmt. Der Schmerzpunkt findet sich in der Mitte zwischen dem inneren Knöchel und der Achillessehne. Charakteristisch ist auch die Spitzfussstellung des verletzten Gliedes. Die Behandlung besteht in Redressement der Equinusstellung, eventl. in Narkose. Eingipsen auf 2—3 Wochen und Nachbehandlung mit Massage und medikomechanischen Massnahmen. Die Diagnose ist schon aus obigen Symptomen zu stellen, doch ist im allgemeinen eine Röntgenaufnahme zur Sicherstellung nötig.

Ottendorff-Hamburg-Altona.



78) **J. Hall** (Edwards). Röntgenbild einer Talusfraktur.

Archives of the Roentgen Ray. Juni 1908. Nr. 95.

Ein interessantes Röntgenbild einer Talusfraktur, die durch indirekte Gewalteinwirkung entstanden war und zur Dislokation des einen (hinteren) Fragmentes hinter das Schienbein führte. Exstirpation dieses Fragmentes stellte die Funktion des Fusses wieder her.

Böhm - Berlin.

79) **A. Hoffmann.** Ueber die isolierte Fraktur des os naviculare tarsi.

Beitr. z. klin. Chir. 1908. Bd. 59. 1. p. 217.

Ein 20jähr. Mann fiel aus einer Höhe von 5 Metern mit beiden Füssen auf den Boden und zog sich — wie das Röntgenbild zeigt — eine Kompressionsfraktur des rechten Naviculare zu. Ther.: Plattfussstiefel. Kritische Besprechung der 22 als Navikularfrakturen beschriebenen Fälle.

Ewald - Hamburg.

80) **H. Finsterer** (Graz). Ueber Verletzungen im Bereiche der Fusswurzelknochen mit besonderer Berücksichtigung des os naviculare.

Beitr. z. klin. Chir. 1908. Bd. 59. S. 99.

Unter Heranziehung einer ausserordentlich grossen Literatur werden nach einander auf breitester Basis die verschiedenen Brüche der einzelnen Fusswurzelknochen eingehend besprochen, wobei gleichzeitig die bezüglichen Krankengeschichten der Hackerschen Klinik in extenso inkl. Röntgenbild mitgeteilt werden. (3 Kalkaneusfrakturen, 2 Talusfrakturen, 3 Navikularfrakturen, 1 Keilbeinbruch.)

Eine besonders ausführliche Besprechung erfahren die Navikularfrakturen. Die 19 in der Literatur gefundenen Fälle von wirklichen Frakturen (keine reinen Subluxationen) werden kritisch betrachtet (Verwechslung der Fraktur mit dem os tibiale externum!). Es folgt eine Beschreibung des Verletzungsmechanismus (meist indirekte Entstehung), der Symptome (charakteristisch sind Schmerzen am Navikulare bei Kompression des Fusses von vorn nach hinten, die Verkürzung des inneren Fussrandes, Plattfuss), der Diagnose und Therapie (Plattfusseinlage, bei starken Beschwerden Stützapparat. Die Notwendigkeit eines operativen Vorgehens (Deutschländer) beweifelt F.). Im Anschluss an die Frakturen werden die Luxationen des Navikulare, die Luxationen im Talo-navikulargelenk resp. im Chopartschen Gelenk abgehandelt.

Ewald-Hamburg.



81) **Conrad** (Antwerpen). Les fractures du calcaneum.
Journal belge de Radiologie. April 1908.

Man teilt diese Frakturen gewöhnlich ein in:

1. Frakturen durch direkte Ursache (Quetschung u. s. w.),
2. „ „ indirekte „ (Fall auf die Füsse beim aufrechtstehenden Menschen).

Nach dem Verfasser ist der Mechanismus beider Frakturarten der gleiche. Im zweiten Fall drückt das Körpergewicht auf die Mitte der Talusrolle, von da auf den Kalkaneus, der an dieser Stelle eine mit spongiöser Knochensubstanz gefüllte Höhlung darstellt, einen locus minoris resistentiae. Wenn nun das Körpergewicht stark auf diesen Punkt drückt, wie bei einem Fall auf die Füsse mit senkrecht zum Boden stehenden Beinen, so muss der Kalkaneus zerbrochen werden an dieser Stelle.

Was die pathologische Anatomie anbetrifft, so verwirft C. die gewöhnliche Einteilung in Abriss- und Zertrümmerungsfrakturen.

Er teilt Kalkaneusfrakturen ein in 1. solche, die das Gleichgewicht der plantaren Wölbung nicht zerstören und 2. solche, die es tun.

Zur ersten Klasse gehören:

1. die Risse,
2. die Frakturen der Fortsätze: a. des vorderen, selten; b. des lateralen, gewöhnlich mit Fraktur des äusseren Fussknöchels kombiniert; c. des hinteren Fortsatzes — gewöhnlich als Abrissfraktur bezeichnet, vom Verf. als Fraktur durch Quetschung entstanden zu betrachten.
3. Leichte Frakturen des mittleren Teiles.

Zur zweiten Klasse gehören:

1. Die schweren Frakturen des mittleren Teiles des Kalkaneus.
2. Die totale Quetschung des Kalkaneus.

Der Verfasser kommt dann zur Symptomatologie und Diagnose, welche immer durch Röntgenbilder bestätigt sein müssen.

Was die Behandlung betrifft, verwirft Verf. alle immobilisierenden Apparate und empfiehlt nur Bettruhe, den Fuss hochgelagert in einem entsprechenden Rahmen. Nach Aufhören der Schmerzen passive Mobilisierung der Fussgelenke. **Kalsin** - Floreffe.

82) **Müller** (Altona). Schiene zur Modellierung des Fussgewölbes bei Frakturen der Fusswurzel, spez. bei Kalkaneus-Frakturen.
Zeitschr. f. Chir. Bd. 96. S. 313.

Das Prinzip der Schiene liegt darin, dass der Unterschenkel



fest in einer Hohlschiene fixiert ist und dabei, während ein Extensionsverband angelegt ist, von unten her eine Fussplatte, die einer Plattfusseinlage ähnelt, durch Schraubenkraft einen modellierenden Druck auf das Fussgewölbe ausübt. Die Gelenke sind frei, und es kann Massage im immobilisierenden Verbande ausgeübt werden. Durch die Schiene wird der Kalkaneus ruhig gestellt und dadurch Dislokationen vermieden und es wird der Plattfuss und Gelenksteifigkeit verhütet. Lieferant der Schiene ist C. W. Bolte Nachf., Hamburg, Rathausstr., angegeben ist sie von Prof. Fritz König (Altona).

Meyer - Heidelberg.

83) **Schumacher** (Zürich). Zur Kasuistik der Totalluxationen des Metatarsus im Lisfranc'schen Gelenk.

Beiträge zur klin. Chir. 1908. 59. Bd. H. 3. S. 510.

Luxationen der Metatarsalknochen im Lisfrancschen Gelenk sind selten.

Aus der ganzen Weltlitteratur stellte Bayer bis 1904 68 Fälle zusammen, teils totale Luxationen des Metatarsus, teils solche nur einiger Mittelfussknochen.

Seitdem sind 4 weitere totale von anderen Autoren publiziert worden.

Schumacher führt einen Fall eigener Beobachtung aus der Krönleinschen Klinik an.

Unter 238 Fällen traumatischer Luxationen, die in Zürich an der chirurgischen Klinik und Poliklinik im Verlauf von 10 Jahren (von 1898—1908) behandelt wurden, war der angeführte Fall der einzige seiner Art.

Es handelte sich um einen Kavalleristen, der mit dem Pferde stürzte und zwar auf das rechte Bein. Das Tier richtete sich einige Mal auf, fiel aber immer wieder auf die rechte Seite zurück.

Der äussere Fussknöchel des Soldaten lag dem Boden auf, ein vom Sattel herabhängender Karabiner kam über Vorder- und Mittelfuss zu liegen und wurde jedes Mal beim Zurückfallen des Pferdes an den Fuss des Reiters gepresst.

Bei der Aufnahme ins Spital bot Pat. folgenden Status:

Der rechte Fuss war intensiv geschwollen, in der Tarso- und Metatarsalgegend verbreitert. Am medialen Fussrand war das erste Keilbein zu fühlen.

Die Tub. metatarsi V sprang stark vor. Die Fussspitze stand abduziert. Auf dem Fussrücken entsprechend der proximalwärts

konkaven Linie des Lisfranc war ein harter, vorragender Rand fühlbar.

Zwei Röntgenbilder bestätigten eine dorso-latersale Luxation des ganzen Metatarsus. Metatarsale I stand über Cuneiforme II, Metatarsale II über Cuneiforme III, Metatarsale III über dem Cuboid, Metatarsalia IV und V waren seitlich ganz abgewichen. Die Metatarsalia unter sich in der Stellung unverändert.

Frakturen waren auf beiden Radiogrammen nicht zu sehen, ausser einer stecknadelkopfgrossen Absprengung an der Basis der med. Ecke des Metatarsale III.

20 Stunden nach dem Trauma wurde ein vergeblicher Repositionsversuch in Narkose unternommen; 10 Tage später ein blutiger Eingriff.

Es wurden nacheinander angelegt: 1. ein Schnitt am medialen Fussrand, 2. am lateralen, 3. einer über der Basis des Metatarsus II. Von jedem Schnitt aus wurde vergeblich durch Hebelwirkung eine Reposition angestrebt.

Es wurde dabei konstatiert, dass der ganze Bandapparat zwischen Tarsus und Metatarsus zerrissen war (dorsal; dorsal und plantar zw. Metatars. I und Cuneif. I).

Das Metatarsale I war aus seiner Verhakung nicht herauszuluxieren.

Schliesslich wurde die Basis des Metatarsus II reseziert, Cuneiforme I exstirpiert. Darauf gelang die Reposition.

Das Endresultat nach 5 Monaten war: Gang leicht hinkend. Schmerzen in der planta pedis, besonders am Cuneiforme III und Metatarsale I. Starker Plattfuss. Palpatorisch war zu konstatieren: Auf dem Fussrücken deutlich der Rand des Cuneiforme II und das Naviculare. Metatarsale I ist um die ganze Höhe der Gelenkfläche tiefer getreten (Röntgenbild).

Sturz mit dem Pferde ist als Ursache der Metatarsalluxationen häufig angeführt. Die beobachteten Totalluxationen hatten alle dorsolateralen Typus.

Der Mechanismus in dem v. S. angeführten Fall ist folgender: Der hintere Fussabschnitt war mehr oder weniger fixiert, auf den vorderen drückte das Pferd mittelst des Karabiners und zwar auf den distalen Abschnitt des Mittelfusses (es waren Sugillationen am Fussrücken zu sehen). Eine Flexion des Fusses kam zustande nach aussen und plantar. Daneben eine Torsion im Sinne einer forcierten Pronation. Dadurch wurde der dorsale Bandapparat gesprengt,



und es kam zu einer dorsalen Dislokation der Skeletteile des Mittelfusses.

Frakturen sind selten bei dieser Art Luxationen.

Manhold - Heidelberg.

84) **L. Igelstein** (Königsberg). Ueber die Pseudofrakturen der Sesambeine des ersten Metatarsophalangealgelenks.

Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 93. H. 6. S. 505.

Nach einem Ueberblick über die anatomischen Verhältnisse der periartikulären, konstant vorkommenden Sesambeine des ersten Metatarsophalangealgelenks, über ihre Beziehungen zu Nachbarorganen und ihre physiologische Bedeutung unterzieht I. die vier in der Literatur niedergelegten Beschreibungen von Erkrankung dieser Sesambeine einer kritischen Durchsicht und kommt vor allem auf Grund eines von ihm selbst beobachteten Falles zu der Ansicht, dass die Symptome dieses Leidens weder in einer Fraktur der Sesambeine, noch in einer Gelenk- bezw. Sehnenscheiden-Entzündung oder Periostitis ihre Erklärung finden, sondern lediglich in einer Neuralgie der Nervenästchen für die Grosszehe. Durch das Trauma (um ein solches handelt es sich immer) kommt es zur Lockerung des ab ovo in zwei Partien geteilten Sesambeins (meist des medialen) und zur konsekutiven Zerrung und Dehnung der unmittelbar anliegenden Nervenästchen.

Die Symptome dieser Erkrankung sind: Schmerzen beim Gehen in der Gegend des betreffenden Sesambeines, zirkumskripte Druckempfindlichkeit und schmerzlose Ab- und Adduktion der Grosszehe. Letzteres Symptom ermöglicht die Ausschliessung der Diagnose auf Fraktur des Sesambeins, das in den beobachteten Fällen immer in zwei Teile gespalten war. Dass es sich hierbei um angeborene Zustände handelt, beweist die Kontrollaufnahme des gesunden Fusses, der gleiche Verhältnisse darbietet.

Die Therapie muss die Verschiebung und Beweglichkeit der Sesambeinpartien beseitigen. Zu diesem Zweck empfiehlt I. Einlagen mit Aushöhlungen, leichte Massage und thermale Behandlung.

Stoffel - Heidelberg.

85) **Vulpius.** Die Behandlung des angeborenen Klumpfusses.

Therapeut. Rundschau. 1908. Nr. 44.

Darlegung der Prinzipien, nach denen in Verfassers Klinik die Behandlung geführt wird. Die Behandlung soll so früh wie



möglich, d. h. nach dem 1. Monat, eingeleitet werden, damit bei den ersten Gehversuchen ein normaler Fuss vorhanden ist. In den ersten Lebensmonaten bereitet man mit täglichen Redressionen und nachfolgendem Wickeln den Fuss vor. Nach 8—14 Tagen kann der Fuss sodann auf einer einfachen Nachtschiene gewickelt werden. Vom 2. Lebensjahr ab kommt diese Vorbereitung nur bei schweren Fällen in Betracht. Ist die Deformität erweicht, folgt, meist in Narkose, das modellierende Redressement mit nachfolgendem Gipsverband, möglichst in Ueberkorrektur. Mindestens einmalige Wiederholung des Redressements, beim letzten Mal Achillotomie, um ein Rezidiv des Spitzfusses zu vermeiden. Fixationsperiode mindestens 2 Monate, meistens 3—4. Nachbehandlung besteht einfach in Massage und Gymnastik, Nachtschiene aus Stahlsohle und Aussenschiene, richtig und stark gebautem Schnürschuh ohne Schienen, Hülsenapparate etc. Durch unblutige Behandlung Heilung in 85—90 %. Der Rest bedarf blutiger Behandlung: Talusauslöfflung bezw. Exstirpation, Resektion eines Keiles aus dem Tarsus, Infraktion des Malleol. ext. **Meyer**-Heidelberg.

86) **M. Cormou.** Pied bot acquis par contracture primitive, pied bot phlébitique, pied bot par myosite spécifique.

Revue d'orthop. 1908. 3. p. 255.

Ein jetzt 22jähriges Mädchen bekam im Jahre 1894 unter lebhaften Schmerzen drei in sich abgeschlossene nussgrosse Abzsesse am linken Unterschenkel, die aufbrachen, Eiter entleerten und so schwer fistelten, dass damals die Amputation vorgeschlagen wurde. Da diese verweigert wurde, so behandelte man das Kind noch 9 Monate lang, anscheinend spezifisch, und brachte die Fisteln zum Schluss. 2 Jahre später brachen sie jedoch wieder auf, und trotz Einleitung einer antisyphilitischen Kur, kam es zur Phlegmone am Unterschenkel und Fuss, die inzidiert wurde. Heilung nach 2 Monaten, jedoch unter Spitzfussbildung. Jetzt stärkster Pes equinus, Abmagerung der Wade (10 cm Umfangsdifferenz!), Schmerzen, besonders in der Nacht, Schwellung des Fusses nach langem Gehen und Sitzen. Kein anderes Residuum von Syphilis. C. nimmt gummöse Myositis des Gastrocnemius an. (Ueber den Knochenbefund wird nichts gesagt.)

Weiter werden 10 andere Fälle von Retraktion der Achillessehnenmuskeln als Folge von varicösen lange eiternden Unterschenkelgeschwüren, einfacher Phlebitis oder Lymphangitis angeführt. Häufig wurden daneben Klauenzehen festgestellt. Aehnlichen Fall hat schon



Kirmisson und Verneuil beschrieben. Therapie: Redressement mit und ohne Achillotenotomie. **Ewald**-Hamburg.

87) **Mayer** (Köln). Beiträge zur Entstehung und Symptomatologie der Plattfussbeschwerden.

Zeitschr. f. orthop. Chir., Bd. XX, S. 259.

M. fasst ebenso, wie Schanz die Skoliose als Insuffizienz der Wirbelsäule betrachtet, auch den Plattfuss als Folgeerscheinung einer zu grossen Belastung oder einer zu geringen Tragfähigkeit des Fussgewölbes auf. Durch mathematische Berechnung will M. nachweisen, dass je grösser der Druck ist, der auf dem Fusse lastet, desto länger auch die Wölbung des Fusses wird. Dass Berufsarbeit oder Schwererwerden des Körpers Plattfussbeschwerden bedingen, unabhängig davon, wie gross die tatsächliche Senkung des Fussgewölbes ist, wird vom Verf. betont. Bei fixiertem Plattfuss finden sich in Folge der spastischen Kontraktur der Muskeln Schmerzen im ganzen Unterschenkel, insbesondere auch in der Achillessehne. Man soll deshalb bei den verschiedenen Beschwerden des Fusses und des Unterschenkels auch an die Möglichkeit des Vorhandenseins von Plattfuss denken. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

88) **Kirmisson** (Paris). Hallux varus congénital du côté gauche.

Revue d'orthop. 1908. 3. p. 249.

Bei dem 9jährigen Knaben bildete die grosse Zehe seit der Geburt mit dem Mittelfuss einen rechten Winkel. Ein fibröser Strang zog vom I. Metatarsale zur Endphalanx, wo er sich an einem normalen Knochenvorsprung festsetzte. Bei der Operation wurde dieser Strang durchschnitten, ohne dass jedoch darauf die Reposition gelang. Deshalb wurde die Arthrotomie des Metatarsophalangealgelenks gemacht und die grosse Zehe an die zweite genäht, um sie in der richtigen Stellung zu erhalten. Die klaffende Arthrotomiewunde war erst nach 6 Wochen per granulationen geheilt. Das Resultat der Operation war befriedigend, doch bestand noch immer eine Neigung der grossen Zehe zur Abduktion. — 5 Fälle aus der Literatur (Teichmann, Klaussner).

Ewald-Hamburg.



Kongressberichte, Vereinsnachrichten etc.

89) XXI. Französischer Chirurgenkongress.

Paris, 5. — 10. Oktober 1908.

(Revue de Chirurgie 1908. 11. p. 557.)

Thema: Chirurgische Behandlung pathologisch entstandener Knochenhöhlen.

Broca (Paris). Drei Wege gibt es, um grosse Knochenhöhlen zur Verheilung zu bringen. 1. die Entfernung der Wände, so dass man eine flache Wundfläche bekommt, die langsam per granulationem verheilt; 2. die Mobilisation der Wände, die die Höhle zudecken sollen; 3. die Ausfüllung der Höhle mit irgendeinem Körper.

Das erste Verfahren ist sehr langwierig und kann durch spätere Hautüberpflanzung nur wenig beschleunigt werden. — Die zweite Methode besteht darin, bei der Reinigung der Höhle das Periost zu schonen und in den Defekt umzuklappen, oder aber unter teilweiser Benutzung des Periostes aus der Nachbarschaft ein Knochenstück in die Höhle einzupflanzen (z. T. Ersatz der Tibiadiaphyse durch die Fibula bei Osteomyelitis).

Das dritte Verfahren, die Ausfüllung der Höhle, wird am häufigsten angewandt. Als Material benutzt man lebenden oder toten Knochen oder resorbierbares Material, das zur Knochenbildung anregt und schliesslich durch Knochenneubildung ersetzt wird. Oder aber unresorbierbares Material, das dauernd die Knochenhöhle füllt (z. B. Plombe bei Zahnkaries). Zur Knochenplastik benutzt man Knochenstücke von demselben Individuum, von derselben Tierspezies oder einer anderen. Ausser Asepsis und exakter Blutstillung ist das jugendliche Alter für einen Erfolg massgebend. Ein Mangel dieser Methode ist die sekundäre Resorption des transplantierten Stücks. Diese Tatsache einerseits sowie die Leichtigkeit, totes Material zu sterilisieren und zu formen andererseits haben dazu geführt, mit Vorliebe Schwämme und andere resorbierbare Substanzen, mazerierte oder entkalkte Knochen anzuwenden. Flüssige und nachher festwerdende Substanzen haben den Vorteil, die ganze Höhle auszufüllen (Jodoformplombe, Gipsbrei u.a.); Metall, Guttapercha und Amalgam hat dagegen schlechte Resultate ergeben.

Nové-Josserand (Lyon) als Korreferent spricht über die Behandlung der Knochenhöhlen nach den Ursachen (osteomyelitische, tuberkulöse, neoplastische Höhle). Darauf geht er, wie der Vorredner, die einzelnen Methoden durch, immer wiederholend, dass



die Grundbedingung für jeden Erfolg exakte Desinfektion der Höhle ist. Dann wird man — welche Methode man auch anwendet — immer die Heilung schneller und sicherer erreichen als früher.

Willems (Gent) zieht die Hautautoplastik — eventuell von einer entfernteren Stelle — jedem anderen Verfahren vor. Den Hautlappen ist das Unterhautfettgewebe zu lassen. — Die Resultate sind auch in kosmetischer Beziehung ausgezeichnet.

Froelich (Nancy) hat 18mal Knochenhöhlen nach Neoplasmen, Osteomyelitis und tuberkulöser Karies plombiert. Nur bei den letzteren, und zwar wenn sie sekundär infiziert waren, waren die Resultate schlecht.

Moulonguet (Amiens) entfernt aus den Knochenhöhlen nur alles Kranke und tamponiert dann locker mit Gaze, die mit Vaselin oder Glyzerin getränkt ist.

Bérard und **Thévenot** (Lyon) haben 19 Knochenhöhlen mit der Mosetigschen Plombe behandelt. In dreizehn 3 Jahre zurückliegenden Fällen achtmal schnelle Heilung, einmal völliger Misserfolg bei osteomyelitischen Höhlen; zweimal Heilung, zweimal Misserfolg bei tuberkulösen. 6 Fälle von tuberkulöser Karies wurden in jüngster Zeit mit Vorteil zweizeitig behandelt (zunächst Excochleation — später Plombierung).

Princeteau (Bordeaux) hat mit Zementplombe und Hauttransplantation keine, mit der Jodoformplombe sehr gute Erfolge gehabt.

Délangré (Tournai) hat in 6 von 7 Fällen mit der Jodoformplombe gute Erfahrungen gemacht.

Tailhefer (Béziers) hat eine Tibiahöhle von 22 cm (nach Osteomyelitis) mit entkalktem Knochen ausgefüllt. Keine Verkürzung nach 2½ Jahren (Patient war 16 Jahre alt!)

Für die Methode von Mosetig-Moorhof sprechen sich noch aus: **Cadet-Boisse** (Bordeaux), **Jouon** (Nantes) und **Kirmisson** (Paris) — (primäre Heilung ist selten, doch schliessen sich die Höhlen sehr schnell!).

Lucas-Championnière (Paris) meint, dass alles auf eine genügende Desinfektion der Höhle ankommt (nach dem Vorgang von Ollier mit dem Thermocauter). Dann kann man zum Ausfüllen der Höhle nehmen, was man will. Die Mosetig'sche Plombe wirkt bei der tuberkulösen Karies nur durch ihr Jodoform.

Roux (Lausanne) und **Delagènière** haben mit gutem Erfolge die Biersche Stauung angewandt und dadurch die Reinigung der Höhle und ihren Verschluss sehr beschleunigt.



Mencière (Reims) berichtet über eine Art modellierenden Redressements nach Aushöhlung der Knochen und Gelenke zur Korrektion von Deformitäten. Prinzip ist, die Gelenkflächen der Knochen intakt zu lassen. M. hat das Verfahren 76-mal angewandt; am häufigsten bei kongenitalem und paralytischem Klumpfuss, ferner bei deform geheilten Malleolarbrüchen (Talusevidement!), weiter bei Handgelenksankylose (Evidement der Handwurzelknochen). Die Methode stellt einen neuen und besseren Weg zur Korrektion von Deformitäten dar, da wegen der Erhaltung der Gelenkflächen auch die Funktion der Gelenke erhalten bleibt, resp. durch Nachbehandlung wieder erreicht werden kann.

Barbarin (Paris) behandelt den Tumor albus rein konservativ mit Immobilisation und hält die anderen Methoden (Resektion oder Injektion) nicht für besser. Er rät zu einer Statistik sämtlicher auf die eine oder andere Weise behandelter Fälle für die nächsten drei Jahre.

Ménard (Berck). Behandlung der alten Fisteln bei Koxitis. Es ist praktisch von Wichtigkeit, ob die Fisteln in den ersten zwei Jahren des Bestehens einer Koxitis zustande kommen (wenn das Hüftgelenk voll von Fungusmassen ist, die noch nicht völlig vernarbt sind) oder ob sie später auftreten, wenn schon eine bindegewebige Ankylose hergestellt ist, wo durch Vernarbung der tuberkulöse Herd abgeschlossen ist. Im ersten Fall ist wegen einer durchgreifenden Drainage des ganzen Gelenks die ausgedehnte Resektion nötig, im zweiten nur ein Evidement der Kaverne.

In 12 Fällen hatte die Spätfistelbildung und Eiterung ausnahmsweise einen bedrohlichen Charakter angenommen, doch genügte neunmal die Excochleation; einmal konnte der Ausgangspunkt der Fistel nicht gefunden werden, zweimal musste die Resektion gemacht werden. Resultate: 8 Heilungen, 2 Besserungen, einmal Retentionserscheinungen, einmal keine Besserung.

Redard (Paris) hat einige Komplikationen nach der unblutigen Einrenkung der angeborenen Hüftluxation beobachtet — schwere Veränderungen des Femurkopfes, Coxa vara. Spätdeformierungen der Femur- und Tibiadiaphyse (manchmal erst Jahrelang nach der Reposition!). — Die Tuberkulose bei unbehandelter und behandelter Hüftluxation ist äusserst selten.

Calot (Berck) macht bei der angeborenen Hüftverrenkung nach der Reposition zwei Gipsverbände: den ersten in 70° Flexion, 70° Abduktion und 0° Rotation, den zweiten in 15° Flexion, 30° Abduktion und 60° Innenrotation. — Der erste Verband bleibt



2 Monate liegen und geht vom Nabel bis zur Wade; der zweite bleibt 3 Monate liegen und geht vom Nabel bis zu den Zehen. — Vorausgesetzt, dass die Kinder im repositionsfähigen Alter behandelt werden (bis zum 9. Jahr bei einseitigen, bis zum 7. Jahr bei doppelseitigen Luxationen) ist man sicher, mit der Methode vollkommene Resultate zu erzielen. — Demonstration einer grossen Anzahl von Geheilten mit Röntgenbildern.

Le Damany (Rennes) zeigt an einem Modell, wie durch die Torsion des Femur die angeborene Hüftluxation zustande kommt. Eine rationelle Behandlung hat also vor allem die Torsion zu beseitigen.

Gourdon (Bordeaux) betont, dass bei der angeborenen Hüftverrenkung durch die Reposition allein das Hinken noch nicht geheilt ist; namentlich bei älteren Individuen könne man häufig eine fehlerhafte Stellung und Haltung beobachten. Daher ist eine Nachbehandlung nötig, die sich nicht nur auf die Hüfte, sondern auch auf die Stellung des Beckens und der Wirbelsäule erstreckt.

Judet (Paris) hat von 27 Fällen der angeborenen Hüftluxation 15 einseitige (2—10 Jahre alt) und 10 doppelseitige (2—9 Jahre alt) völlig geheilt, eine doppelte transponiert und bei einer $9\frac{1}{2}$ jährigen einen Misserfolg gehabt. Bei 10-, 12- und 13 jährigen Kindern gelang die Reposition erst nach 2—3 monatiger Dauerextension. Es blieb eine Steifigkeit zurück, die nach 6 Monaten bis 10 Jahren (!) beseitigt war.

Piollet (Clermont-Ferrand) stellt zwei Fälle mit inkompletter angeborener Hüftluxation und ihre Röntgenbilder vor. Behandlung: Apparat, der das Bein abduziert hält. In einem Falle ist später jedoch trotz des Apparates die Luxation vollständig geworden, weshalb eine nachträgliche Reposition nötig war.

Ewald-Hamburg.

Personalnachricht.

Dr. Mezger, der bekannte Massage-Spezialist ist in Paris im Alter von 70 Jahren gestorben.



10) **Beck**, Neue Methode zur Feststellung der Grenzen von Fistelgängen und Abszesshöhlen. — 11) **Kirmisson**, Orthopädische Behandlung im Sanatorium d'Hendaye. — 12) **Wollenberg**, Knochenzysten. — 13) **Hofmann**, Periosttransplantation bei Behandlung knöcherner Gelenkankylosen. — 14) **Hardouin**, Behandlung komplizierter Frakturen. — 15) **Paul**, Extension für Frakturen ohne Gewichtszug. — 16) **Schrecker**, Extensionsbehandlung. — 17) **Ledeut**, Frakturen der ersten Phalanx des Zeigefingers. — 18) **Albee**, Osteomyelitis. — 19) **Freund**, Behandlung tuberkulöser Knochenerkrankung mit Röntgenstrahlen. — 20) **Le Fort**, Knochendeformierungen. — 21) **Gasne**, Pneumokokkenarthritis beim Kind. — 22) **Laurent**, Operation bei Gelenkgicht. — 23) **Keppler**, Spinale Kinderlähmung. — 24) **Biesalski**, Der praktische Wert der Krüppelzählkarten. — 25) **Biesalski**, Krüppelheime. — 26) **Biesalski**, Schulbank für Krüppelschulen. — 27) **Herz**, Prinzipien der modernen Heilgymnastik. — 28) **Bassler**, Korsett für Gastroptose. — 29) **Federschmidt**, Halswirbelfrakturen. — 30) **Conrad**, Frakturen lumbaler Wirbel. — 31) **Bardenheuer**, Traumatische subkutane Kompressionslähmungen. — 32) **Lehr**, Zervikalspondylitis. — 33) **Contoleon**, Ankylosierende Spondylitis mit Lordose der Lendenwirbelsäule. — 34) **Viannay**, Fehlen der Pektoralmuskeln. — 35) **Hart**, Thorax phthisicus. — 36) **Dietrich**, Konus- und Kaudaerkrankungen des Rückenmarks. — 37) **Zander**, Kongenitale Luxation des Humerus. — 38) **Bartkiewicz**, Veraltete Schultergelenksluxation. Blutige Operation. — 39) **Rohde**, Entbindungslähmung. — 40) **Coenen**, Suprakondylärer Oberarmbruch. — 41) **Hausen**, Myositis ossificans traumatica des musculus brachialis internus. — 42) **Schwenk**, Fraktur des Processus coronoideus ulnae. — 43) **Blecher**, Schädigung des nervus medianus. — 44) **Foerster**, Isolierte Sehnenverletzungen. — 45) **Lilienfeld**, Experimentelle Erzeugung von Luxationen bezw. Frakturen einzelner Handwurzelknochen. — 46) **Heilporn**, Fraktur des Scaphoideum. — 47) **Ohly**, Luxation des os lunatum. — 48) **de Witt**, „Madelungsche Deformität" des Handgelenks. — 49) **Simon**, Luxation des IV. Fingers im Grundgelenk. — 50) **Henneberg**, Kongenitale familiäre dermatogene Kontraktur der Fingergelenke. — 51) **Moreau**, Frakturen der dritten Phalanx verschiedener Finger. — 52) **Grimbach**, Beckenluxation. — 53) **Axhausen**, Künstliche Blutleere der unteren Körperhälfte nach Momburg. — 54) **Deutschländer**, Blutige Reposition der angeborenen Hüftverrenkungen. — 55) **Wallis**, Traumatische Ischiadikuslähmung nach Reposition der angeborenen Hüftgelenksluxation. — 56) **Becher**, Kompensatorische Hüftgelenksverrenkung. — 57) **Horaud**, Schnappende Hüfte. — 58) **Stieda**, Coxa valga. — 59) **Haldenwang**, Schenkelhalsfrakturen. — 60) **Franck**, Oberschenkelhalsbrüche. — 61) **Jones**, Femurfrakturen beim Neugeborenen. — 62) **Martini**, Apparat für die Schenkelfrakturen. — 63) **Condray**, Akute Osteomyelitis ohne Eiterung. — 64) **Bilhaut**, Kongenitaler Defekt der Patella. — 65) **v. Salis**, Blutige Reposition bei Luxatio genu congenita. — 66) **Vormann**, Traumatische Luxation des Kniegelenks. — 67) **Lynn Thomas**, Patella-Fraktur. — 68) **Bettmann**, Schraubvorrichtung zur Heilung des Kniescheibenbruchs. — 69) **Delbet**, Inkomplette Luxationen des Kniegelenks. — 70) **Mensik**, Angeborenes Genu valgum. — 71) **Duvergey**, Tuberkulose der Bursa suprapatellaris des Kniegelenks. — 72) **Enderlen**, Operation des arteriellen Aneurysma. — 73) **Schlatter**, Abrissfrakturen der tuberositas tibiae oder Wachstumsanomalien? — 74) **Alivizatos**, Einseitige Verbiegung der oberen Tibiaepiphyse. — 75) **Reissmann**, Talusluxation oder Luxatio pedis sub talo. — 76) **Scherliess**, **Frakturen** des processus posterior tali. — 77) **Ebbinghaus**, Bruch des Stiedaschen Fortsatzes des Sprungbeins. — 78) **Hall**, Röntgenbild einer Talusfraktur. — 79) **Hoffmann**, Isolierte Fraktur des os naviculare tarsi. — 80) **Finsterer**, Verletzungen im Bereiche der Fusswurzelknochen. — 81) **Conrad**, Kalkaneusfrakturen. — 82) **Müller**, Schiene zur Modellierung des Fussgewölbes. — 83) **Schumacher**, Totalluxationen des Metatarsus. — 84) **Igelstein**, Pseudofrakturen des Sesambeins. — 85) **Vulpius**, Angeborener Klumpfuss. — 86) **Cormou**, Eiterndes Unterschenkelgeschwür. — 87) **Mayer**, Plattfussbeschwerden. — 88) **Kirmisson**, Hallux varus der linken Seite.

Aus Kongress- und Vereinsberichten: 89) **XXI. Französischer Chirurgen-Kongress in Paris vom 5. bis 10. Oktober 1908.**

Personalnotizen.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. Dr. **O. Vulpius** in Heidelberg, Luisenstr. 1—3, oder an die Verlagsbuchhandlung **S. Karger** in Berlin NW 6, Karlstr. 15, einsenden.

Zentralblatt

für

Chirurgische und mechanische Orthopädie

einschliesslich der gesamten Heilgymnastik und Massage.

Redigiert von
Prof. Dr. O. Vulpius
in Heidelberg.

Verlag von
S. Karger in Berlin
NW., Karlstrasse 15.

Monatlich erscheint ein Heft im Umfang von 48 Seiten. Preis des Jahrgangs Mk. 15,—. Zu beziehen durch die Post und durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes.

Bd. III. **Mai 1909.** **Heft 5.**

(Aus der Kgl. orthopädischen Universitätspoliklinik in München [Prof. Dr. Fr. Lange]).

Eine Armschiene aus Zelluloidstahldraht.

Von

Dr. B. BAISCH.

Die Zahl der bei Kontrakturen und Versteifungen im Ellbogengelenk angewandten Schienen und Apparate ist eine ziemlich grosse. Ein Teil derselben gestattet nur Bewegungen in einer Richtung, ein anderer sowohl Beugung wie Streckung und ist daher auch nach orthopädischen Resektionen des Ellbogengelenkes verwertbar zur Herstellung der Beweglichkeit. Als Beispiele dafür nenne ich hier nur die Schienen von Bidder und Golebiewski-Hoffa. In beiden Schienen ist das Ellbogengelenk frei. Um dennoch eine genügende Fixation des Armes zu erreichen, müssen diese Schienen am Ober- und Unterarm fester angreifen und namentlich auf der Beugeseite bis in die Nähe des Gelenkes reichen, so dass hier an den empfindlichsten Stellen leicht ein Kantendruck bei der Beugung entsteht. Ausserdem arbeiten diese Schienen mit Schraubenvorrichtung und machen dadurch den Arzt vom Bandagisten abhängig, abgesehen davon, dass sich die Kosten eines solchen Apparates sofort höher stellen. Prof. Lange hat daher für solche Fälle eine Schiene konstruiert, in der der ganze Arm einschliesslich des Ellbogengelenkes ruht, und die daher an der Beugeseite nur weiche und kürzere Lederklappen zur Fixierung nötig hat. Die Herstellung



der Schiene ist möglichst einfach gestaltet, sodass sie der Arzt, der mit der Zelluloid-Stahldraht-Technik, wie sie von Prof. F. **Lange** schon mehrfach beschrieben worden ist, vertraut ist, leicht selbst anfertigen kann. Die Form der Schiene ist in Abbildung 1 wiedergegeben.

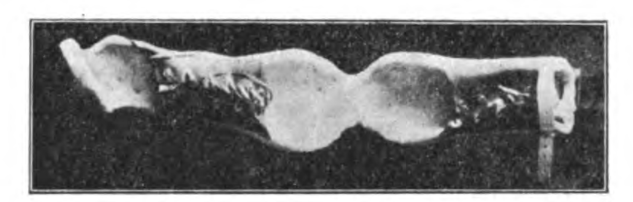


Fig. 1.

Die Herstellung der Schiene gestaltet sich folgendermassen: An dem sorgfältig gearbeiteten Gipsmodell wird an den empfindlichsten Stellen, z. B. dem Olekranon, oder an solchen Stellen, die man hohl zu legen wünscht, eine Lage grüner Sattelfilz, der an den Rändern abgeschrägt wird, aufgelegt. Dann folgt die Polsterung der Schiene: Eine Lage weissen Filzes wird um die ganze Zirkumferenz des Armes gelegt, nur die Beugeseite des Ellbogengelenkes bleibt frei. Eine Lage braunen Filzes wird zur Polsterung des oberen und unteren Randes der Schiene 3 Finger breit aufgelegt. Die Streckseite des Ellbogengelenkes, das Handgelenk und event. andere empfindliche Stellen werden mit 2—3 Lagen von braunem Filz exakt gepolstert, und nun folgt die 1. Lage mit Zelluloid bestrichener Gurte in Längsrichtung über die ganze Schiene, wobei 1 cm vom Rand der Filzpolsterung der Schiene freibleiben muss, um umgeschlagen werden zu können. Auf die Längsgurte folgen je vier 2—3 mm starke Längsdrähte an Ober- und Unterarm. Das Ellbogengelenk wird durch eine Lage starken Gurtleders gebildet. Darüber kommt kein Draht und auch kein Zelluloid mehr. Die Drähte müssen gut in Zelluloid eingebettet werden. Ueber die Drähte kommt eine Lage Quergurte, die gut mit Zelluloid angestrichen werden müssen, bis sie die genügende Festigkeit hat. Der Filzrand wird umgebogen und nun die Schiene mit Trikot oder Leder überzogen. Zur Befestigung des Ober- und Unterarmes werden auf der Beugeseite Lederklappen angenäht, die in der Mitte geschnürt werden. Die Hand wird durch einen Bügel gehalten, der nur soweit vorgeht, dass er die Beugung der Finger gestattet.

Die Anwendungsweise der Schiene wird am besten durch einen einschlägigen Fall zu erläutern sein.

F. H. Durch Fall auf die ausgestreckte Hand vor 9 Monaten Fraktur im Ellbogen, die mit stumpfwinkliger Ankylose des Gelenkes (100°) ausheilte. Das Röntgenbild lässt erkennen, dass die Ursache der Ankylose ein vom Epicondyl. med. humeri abgesprengtes und in die Gelenkbeuge verlagertes Knochenstück ist. — Bei der Operation wird dieses Knochenstück abgemeisselt und die Grube für den Proc. coronoideus ulnae vertieft, sodass jetzt Beugung bis 45° möglich ist. Der Arm wird nach der Operation zunächst im Gips-



Fig. 2.

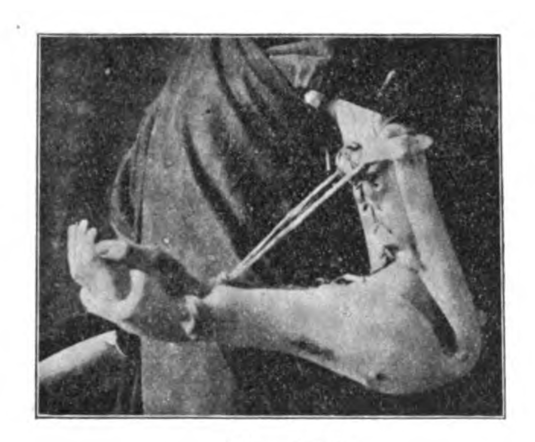


Fig. 3.

verband in maximaler Beugung fixiert. Nach 14 Tagen wird der Gipsverband entfernt und mit der Schienenbehandlung und zugleich mit Massage und aktiven und passiven Bewegungen begonnen und diese Behandlung in folgender Weise durchgeführt: Während der Nacht wird der Arm in möglichst gestreckter Stellung auf der Schiene fixiert. Während des Vormittags wird, wenn die Streckung noch keine vollkommene ist, der Arm frei herunter hängen gelassen, um durch das eigene Gewicht desselben die Streckung zu erzielen, was man noch dadurch verstärken kann, dass man den Pat. ein Gewicht in der Hand tragen lässt. Während des Nachmittags wird dann der Arm in möglichster Beugung wieder auf der Schiene fixiert, worauf dann wiederum die Fixation in gestreckter Stellung folgt.

Die Fixation der Schiene in gestreckter Stellung wird durch ein Stahlschienenband erreicht, das auf der Streckseite befestigt ist



(s. Abb. 2). Die Befestigung kann entweder wie auf unserem Bild durch vier Schrauben geschehen, dann muss aber in die Schiene ein Stück Bandeisen mit den entsprechenden Stiften eingearbeitet sein. Einfacher noch lässt sich dasselbe erreichen durch eine Bandeisenschiene, die beliebig gebogen werden kann und an vier Stellen mit Leinenbändern, die leicht durch die Zelluloidschiene durchgezogen werden können, festgeknüpft wird. Die Fixation in Beugung geschieht, wie dies Abb. 3 zeigt, durch zwei Leinenbänder, die am oberen Rand der Schiene befestigt, durch den Handteil durchgeführt und nun je nach dem Grad der Beugung angezogen und geknotet werden.

Die Schiene erfüllt also alle Forderungen, wird wegen der exakten Polsterung gut vertragen und vermeidet, wie oben gesagt, jeden Druck. Ihre Herstellung ist einfacher und weniger kostspielig als die ähnlicher Apparate.

Die Indikationen zur Anwendung der Schiene bilden, ausser der schon erwähnten Nachbehandlung von orthopädischen Resektionen, alle Versteifungen des Ellbogengelenkes nach Entzündungen (Tuberkulose, Rheumatismus, Gonorrhoe) oder nach Traumen, ferner kommen Frakturen in der Nähe des Ellbogengelenkes in Betracht.

(Aus der Kgl. orthopädischen Universitätspoliklinik in München [Prof. Dr Fr. Lange]).

Ein orthopädischer Handschuh aus Zelluloidstahldraht.

Von

Dr. W. ENGELHARD.

An Handschienen fehlt es nicht; besonders für die Radiusbrüche sind zahlreiche Schienen angegeben, doch entspricht keine allen Forderungen, die man an eine allgemein brauchbare Handschiene stellen muss.

Eine Handschiene soll stabil, leicht, billig, einfach herstellbar und luftig sein. Diesen Anforderungen entspricht ein kleiner Apparat, den Prof. Lange seit ungefähr fünf Jahren verwendet.

Gearbeitet wird die Schiene nach der von Prof. Lange eingeführten Zelluloidtechnik, welche sich bei der Herstellung von Plattfusseinlagen so vorzüglich bewährt hat.

Im Laufe der letzten Jahre hatten wir in der Poliklinik in zahlreichen Fällen Gelegenheit, den Handschuh zu verwenden und zu erproben; die Resultate damit waren so ausgezeichnet, dass dessen Herstellung und Aussehen eingehend geschildert werden soll.

Vor allem ist auf eine sehr exakte Herstellung des Gipsabgusses zu achten. Der Unterarm soll dabei je nach dem Zweck, den der Handschuh erfüllen soll, in Supination (Radiusbrüche), Mittelstellung oder Pronation stehen; die Finger werden am besten in den Metacarpo-Phalangealgelenken gebeugt gehalten. Der Daumen steht ab, wird nicht mitgegipst. Durch diese Handhaltung entstehen in der vola manus Querfalten, welche anzeigen, wie weit die Haut an den Bewegungen in den Metacarpo-Phalangealgelenken beteiligt ist. Da diese Bewegungen frei bleiben sollen, so darf der Handschuh nicht über diese Falten vorgehen. Am besten zieht man sich deshalb hinter (proximal) diesen Falten mit farbiger Kreide eine Querlinie, welche auf dem Gipspositiv das vordere Ende des Handschuhes bezeichnet.

Ferner müssen Knochenpunkte, die des natürlichen Fettpolsters entbehren, wie z. B. die processi styloidei des Radius und der Ulna oder sonstige Stellen, die vor Druck geschützt werden sollen, bezeichnet werden.

Die Herstellung der Schiene selbst gestaltet sich folgendermassen: Denken wir uns das Gipsmodell mit der Dorsalfläche der Hand nach oben gekehrt, so legt man auf dessen unterer Seite der Länge nach einen 2 cm breiten und ca. 2 mm dicken Filzstreifen auf. Mit kleinen, dünnen Nägeln wird er am Gipsmodell befestigt. Dieser Streifen beginnt in der vola manus hinter der erwähnten Marke und geht den Arm entlang nach hinten gegen das Ellenbogengelenk zu, um in verschiedener Entfernung vor demselben zu enden. So wird es z. B. ratsam sein, bei einer Radiusfraktur den Streifen und somit die Schiene bis nahe an das Gelenk gehen zu lassen, während bei Fällen, bei denen es sich blos um ein Ruhigstellen des Handgelenkes handelt, die Schiene schon in der Mitte des Unterarmes enden kann.

Drei weitere Filzstreifen werden senkrecht zu dem ersten angelegt, umfassen den Arm resp. die Mittelhand und lassen oben zwischen ihren Enden 2—3 cm frei. Der mittlere dieser Streifen hat seinen Platz direkt hinter den processi styloidei, während von den andern zwei sich je einer an den Endpunkten des Längsstreifens befindet. Die Streifen werden, wie der erste, auf das Modell angenagelt.



Es werden jetzt auf alle Filzstreifen Leinenbänder von gleicher Breite durch Zelluloid festgeklebt, dann wird das ganze Modell mit einem weitmaschigen Tüllstoffe (sog. Erbsentüll) überzogen. Oben bleibt in der Längsrichtung wieder ein Abstand von 2—3 cm frei.



Fig. 1.



Fig. 2.

In welcher Weise die Stahldrähte, die der ganzen Schiene den Halt verleihen, angebogen sind, geht am besten aus beigegebenen Figuren hervor. Fig. 1 und 2 zeigen die Schiene in halbfertigem Zustande mit angebogenen Drähten (die Drähte sind, um deutlicher hervorzutreten, weiss gestrichen), Fig. 3 u. 4 stellen die fertige Schiene im Gebrauche dar. Das Schnürband auf Fig. 4 ist natürlich in Wirklichkeit schwarz. Die Drähte werden dick mit Zelluloid bestrichen (evtl. auch angenagelt) und so auf ihrer Unterlage, den Leinenbändern, befestigt. Alsdann werden dieselben mit Leinenbändern überdeckt, wobei wiederum Zelluloid als Binde- und Klebemittel benutzt wird, und der Handschuh ist der Hauptsache nach fertig.



Fig. 3.



Fig. 4.

Es erübrigt nur noch eine Oeffnung für den Daumen in den Tüllstoff zu schneiden und die oberen Enden der Querstreifen durch ein mit Schnürhaken besetztes kräftiges Leinenband zu verbinden.

Die so angefertigte Schiene ist reichlich stark genug, das Handgelenk mit dem Unterarm in der gewünschten Stellung zu fixieren, ist durch die Elastizität der Stahldrähte, die ein leichtes Auseinanderbiegen ohne weiteres gestattet, bequem anzulegen und wiegt (für einen Erwachsenen) ca. 60 g. Zudem hat sie, wie aus



der Abbildung ersichtlich ist, ein gefälliges, wenig orthopädisches Aussehen; sie sieht mehr aus wie ein durchbrochener Damen-Halbhandschuh.

Die Farbe des Tüllstoffes kann man natürlich beliebig wählen; uns hat sich schwarz als am praktischsten bewährt.

Anwendung findet der Handschuh bei Radiusfrakturen, zerebraler Kinderlähmung, Arthritis, (er ermöglicht bei schmerzhaften Entzündungen des Handgelenkes auch andere Bewegungen der Hand, z. B. Klavierspielen, Schreiben) Distorsionen, Subluxationen und Tuberkulose mit ihren Folgeerscheinungen.

A. Hoffa und **A. Wollenberg.** Arthritis deformans und sogenannter chronischer Gelenkrheumatismus.

Mit 178 Abbildungen im Text. Stuttgart 1908. Ferdinand Enke.

Das vorliegende Werk, das als röntgologische und anatomische Studie und nicht als Monographie gedacht ist, sieht seine Hauptaufgabe in der präzisen Abgrenzung der primären chronischen progressiven Polyarthritis von der Osteoarthritis deformans. Die Resultate der anatomischen Untersuchung sollen bei der Differentialdiagnose die ausschlaggebenden Momente sein. Die klinischen Symptome, die Aetiologie, Prognose und Therapie finden weniger Berücksichtigung.

Das Werk umfasst 5 grosse Kapitel: Arthritis deformans, primäre chronische progressive Polyarthritis (destruens), sekundär chronischer Gelenkrheumatismus, Anatomie der chronischen Polyarthritiden und Differentialdiagnose der chronischen Polyarthritiden.

Arthritis deformans einerseits, primäre chronische progressive Polyarthritis und sekundärer chronischer Gelenkrheumatismus andererseits sind sowohl klinisch als auch ganz besonders anatomisch als zwei verschiedene Krankheitsbilder anzusprechen:

Bei der Arthritis deformans treten in der Synovialis in den Endstadien des Prozesses geringfügige entzündliche Veränderungen (Zottenproliferation und Gefässneubildung) auf. Leukocyteninfiltrationen sind sehr selten. Die anatomischen Bilder entsprechen den Befunden, die wir von der traumatischen Arthritis her kennen.

Bei der primären chronischen Polyarthritis weist die Synovialis schon sehr früh deutliche Zeichen der Entzündung (stärkere Zottenwucherung, reiche Gefässentwicklung und vor allem mächtige,



auch tiefer im Bindegewebe gelegene Anhäufungen von Rundzellen) auf. Die Bilder, die einem hochentzündlichen Prozess ihr Dasein verdanken, erinnern an eine infektiöse Arthritis.

Der Gelenkknorpel ist bei der primären chronischen Polyarthritis auch in den höheren Stadien der Erkrankung wenig betroffen, im Gegensatz zur Arthritis deformans, die sich durch frühzeitige Knorpeldestruktionen auszeichnet. Die Abbildungen, die vorzüglich reproduziert sind, erläutern z. T. in sehr instruktiver Weise die Ansichten der beiden Autoren; ein ausführliches Literaturverzeichnis orientiert über die vielseitige Bearbeitung des Gegenstandes.

Stoffel-Heidelberg.

1) **Mathew.** A case of hereditary brachydactylie.

British medical journal 1908. Nr. 2492.

Die Verkürzung bestand nur an beiden Ringfingern, die Endglieder erscheinen breitgequetscht. Das Röntgenbild zeigt beiderseits gleichen Befund, eine Bifurkation der zweiten Phalanx und jederseits zwei kurze Endphalangen, die radial gelegenen von normaler Gestalt, die ulnaren zeigen nicht die Form der Endphalanx, sind aber mit der zweiten Phalanx und der radialen Endphalanx in gelenkiger Verbindung. Die dritten, vierten und fünften Metacarpalia sind verkürzt. Genau dieselbe Deformität bestand in der Familie in fünf Generationen bei zwölf Mitgliedern, nur bei der Mutter der Patientin einseitig. **Mosenthal**-Berlin.

2) **Broca** und **F. Barbet.** Hypertrophie congénitale de toute la moitié droite du corps.

Revue d'orthop. 1908. Nr. 5. p. 467.

Obere und untere Extremität waren rechterseits bezgl. Länge und Umfang stärker entwickelt als links und zwar waren sowohl Muskeln als auch Knochen hypertrophiert. Wegen der Längendifferenz der Beine (1 cm) leichte Skoliose, die durch erhöhte Sohle ausgeglichen werden kann. **Ewald**-Hamburg.

3) **L. Lamy.** Hypertrophie congénitale du membre inférieur gauche.

Revue d'orthop. 1908. Nr. 5. p. 471.

Ein 7 jähriger Junge hatte in der linken Inguinalgegend, auf den Oberschenkel und auf das Abdomen übergreifend, einen mächtigen Naevus pilosus (21 cm lang, 24 cm breit). Bis zum Nabel hinauf ist die Haut ausserdem braun verfärbt, ebenso fast bis zum Knie



(reiner naevus pigmentosus). Das linke Bein ist um 2 cm länger als das rechte, und der Oberschenkel hat einen Mehrumfang von 6 cm. Durch die Verkürzung des linken Beins Skoliose und leichtes Hinken. An den oberen Extremitäten sowie am übrigen Körper ist alles normal.

Ewald-Hamburg.

4) **Lindenstein.** Verschiedene Anästhesierungs-Verfahren in der chirurgischen Praxis.

Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung 1908. Nr. 24.

L. schildert die Anästhesierungsmethoden, die auf der chirurgischen Abteilung des städtischen Krankenhauses zu Nürnberg angewendet werden. Von den lokal anästhesierenden Verfahren wird am wenigsten das Aufsprayen von Chloraethyl, Aether u. ä. gebraucht, häufiger die Infiltrationsanästhesie nach Schleich, Hackenbruch und Braun, bei Operationen an Fingern und Zehen die Oberstsche Leitungsanästhesie. Zur allgemeinen Narkose für kurzdauernde Eingriffe empfiehlt L. den Aetherrausch nach dem modifizierten Sudeckschen Verfahren. Für grössere Operationen verwendet L. Chloroform und Aether gleichzeitig in Verbindung mit Sauerstoff bei Anwendung des Roth-Drägerschen Apparates und injiziert 1—1½ Stunde vor Beginn der Operation Skopolamin (0,0005) und 0,01 Morph. an getrennten Stellen. Für Operationen an der unteren Körperhälfte endlich verwendet L. die Lumbalanästhesie mit 5%iger Novokainlösung mit Adrenalinzusatz, die er für einen wesentlichen Fortschritt hält und bei deren Anwendung er nie ernstere Folgeerscheinungen auftreten sah.

Blencke-Magdeburg.

5) **Fränkel** (Berlin). Kinematographische Untersuchung des normalen Ganges und einiger Gangstörungen.

Zeitschr. f. orthop. Chir. XX. Bd., S. 617.

F. hat durch den Kinematographen den Gang des normalen Individuums sowie einzelner Krankheitsformen in seine Einzelphasen zerlegt. Es geht für den normalen Gang daraus hervor, dass während des Vorwärtsschwingens des Beines der Fuss senkrecht unter der Hüfte hängt, dass aber während der Stützperiode sich das Hüftgelenk lateral vom Fussgelenk befindet, da sich in dem Momente die Hüfte des Schwungbeines hebt. Zum Ausgleich dessen schwingt dann der Oberkörper wieder nach der Seite des Schwungbeines hinüber. Die Hüftluxation charakterisiert sich vor allem durch die mangelnde Fixation des Hüftgelenks und die Schwäche der Abduktoren. Das Fussgelenk steht infolge dessen stets medianwärts vom luxierten Hüftgelenk nicht nur während der Stützperiode sondern auch während des Vorwärts-



schwingens, d. h. das Becken sinkt nach der anderen Seite herunter. Um dies auszugleichen, muss der Pat. jedesmal den Rumpf nach der luxierten Seite herüberlegen. Bei Coxa vara tritt die Steifigkeit des Ganges besonders in den Vordergrund, auch stärkere Lateralschwankungen nach der Seite des kranken Standbeins werden als Kompensationsbestrebungen beobachtet. Die starke Aussenrotation des Beines beim Vorsetzen ist auf den Bildern gleichfalls deutlich ausgesprochen. Bei Koxitis ruht die ganze Körperlast auf dem gesunden Bein, und es schwingt der Körper dauernd nach der gesunden Seite hinüber, um die Belastung des kranken Beines und damit den Schmerz zu vermeiden. Lähmungen nach Art der Friedreichschen Ataxie und der progressiven Muskeldystrophie zeigen das Bestreben, die oberen Extremitäten zur Hilfe der unteren heranzuziehen, so beim Gehen durch Balanzieren mit den Armen oder Stützung des Knies wegen mangelhafter Funktion des Quadrizeps wie auch beim Aufstehen durch Mitbenutzung der Arme. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

6) **H. v. Baeyer.** Fremdkörper im Organismus. Einheilung.
Beitr. z. klin. Chir. Bd. 58. H. 1. S. 1.

In dankenswerter Weise hat v. B. in einer gross angelegten experimentellen Arbeit es unternommen, die Verhältnisse zu untersuchen, die sich am lebenden Organismus bei der Einverleibung anorganischer Substanzen abspielen. Bei dem stetig wachsenden Bestreben der Chirurgie, diese Methode mehr auszubauen, das einfachste Beispiel bildet die Zurücklassung des Unterbindungs- und Nahtmateriales, verdienen die gewonnenen Resultate besondere Beachtung. Dieselben finden sich in 52 Leitsätzen am Schluss der Arbeit zusammengestellt. Danach gibt es keine weder chemisch noch physikalisch indifferente Substanzen. Die Reaktion lässt sich im voraus nicht bestimmen. Weiche und poröse Fremdkörper werden durchwachsen, harte eingekapselt. Die Kapseln, die sich um die Fremdkörper bilden, bestehen aus verschiedenen Schichten (Para-Ortho-Metahülle). Bei den verschiedenen zur Untersuchung gekommenen Metallen zeigen diese Hüllen ein eigenartiges und variierendes Bild in Bezug auf Zusammensetzung und Anordnung.

Die Bindegewebskörperchen richten sich im Sinne elektrischer Kraftlinien. Bei Bewegungen der Fremdkörper kommt es zur Cystenbildung, ev. Wanderung und Ausstossung.

In praeformierten Hohlräumen kann die Kapselbildung ausbleiben. Die Einheilung derselben Fremdkörper bei verschiedenen Tieren ist different; Hunger ist ohne bestimmenden Einfluss.

Lindenstein-Heidelberg.

7) **Foustanos.** — Die neue Behandlungsmethode nach Bier, aus den Werken Hippokrates entnommen.

Ἰατρικὴ Πρόοδος Ὀκτ. 1908.

Foustanos, der mit den Werken der ältesten griechischen Aerzte seit Jahren sich näher beschäftigt und mit der Herausgabe einer „Editio graeca scriptorum medicorum veterum graecorum“ bereits begonnen hat, will entdeckt haben, dass Bier seine Hyperämiemethode aus Hippokrates *„Κατ᾽ ἰητρεῖον“* entnommen hat. Beim näheren Vergleich der Methode bei beiden findet er sogar, dass B. seine Behandlung durch Hyperämie vom Hippokrates einfach abgeschrieben hat.

Zum Beweise dieser Behauptung gibt er den alten Hippokratischen Text wörtlich wieder, der in deutscher Uebersetzung so lautet: — „Die (nach längerer Unbeweglichkeit und nach Anwendung von Druckverbänden) mager und atrophisch gewordenen Körperteile muss der Arzt so verbinden, dass ein grösserer Teil von der gesunden Partie derselben mit abgebunden wird. Durch den auf diese Weise den atrophischen Partien zukommenden Zufluss eines grösseren Quantums von Blut werden diese besser ernährt und wachsen, was zur Regeneration ihrer Fleischmassen führt. Besser ist es, wenn der Arzt das Abbinden oberhalb der atrophischen Partien vornimmt, z. B. bei atrophischem Unterschenkel den gleichseitigen Oberschenkel verbindet, ebenso das andere gesunde Glied ganz, damit auch dieses unter dieselben Ruhe- und Ernährungsbedingungen gestellt wird wie das kranke. Dies erreicht man einfach durch Anwendung von mehreren Binden, die man nicht stark anlegt. Man wird erst die Seite losbinden, die am meisten es benötigt (die kranke), danach schreitet man zur fleischbildenden Massage und Douchen. Diese Methode des Verbindens geschieht ohne Anwendung von Schienen.“ —

Diese Behandlungsweise nach Hippokrates war, wie F. uns erzählt, bei den alten Aerzten während mehrerer Jahrhunderte in Gebrauch. Auch Galen wandte sie an, wie aus seinen Werken hervorgeht, in denen er sie erwähnt, den Aerzten seiner Zeit empfiehlt und den alten Hippokratischen, auf sie bezüglichen Text analysiert. Galen beschreibt sie als Methode, die darauf sich gründet, eine passive Hyperämie in den befallenen Teilen hervorzurufen und zwar durch gesteigerten Zufluss von Blut und ernährenden Flüssigkeiten, vermittelst des speziell hierfür von Hippokrates erfundenen Verbandes, der direkt oberhalb der atrophischen Teile angelegt werden muss.



Galen schreibt wörtlich darüber: „— Wenn ich gelegentlich in die Lage komme, einen solchen ähnlichen Verband zu applizieren, so habe ich mich stets des von Hippokrates bedient. Ich lege ihn genau in der von ihm angegebenen Weise an, d. h. „*ἀλλοίῃ τῇ ἐπιδέσει*" wie H. ausdrücklich verlangt. Es ist sicher anzunehmen, dass H. durch das *ἀλλοίῃ* die abweichende Art seines Verbandes von dem bei den Frakturen üblichen betonen wollte, bei welch letzteren der Verband einen stärkeren Druck auf die betroffenen Teile selbst ausübt. Dieses ist eben der Kompressionsverband bei Frakturen, welcher Atrophien der komprimierten Teile zur Folge hat. Der Verband von Hippokrates unterscheidet sich von dem gewöhnlichen Frakturenverband durch die Art des Anlegens der Binden, die man nicht direkt über die Teile, die man beeinflussen will, appliziert; denn man darf bei ihm nicht die befallene Partie komprimieren, sondern den gesunden Teil derselben, wo auch die Anlegung des Verbandes beginnt. Nach den Angaben von Hippokrates beginnt man mit der Kompression an den normalen Partien und setzt sie durch Binden bis zur erkrankten Stelle fort, welche man ohne im geringsten zu komprimieren, durch dieselben Binden ganz lose weiter entwickelt." — Galen fügt hinzu, „dass die kranke Partie ganz mit Wolle eingewickelt sein soll". Zur Vervollständigung erläutert er den diesbezüglichen Hippokratischen Text, wie folgt:

„Man muss die Anlegung der Binden im Niveau des Gesunden beginnen und nicht der erkrankten Partien beginnen . . . in der Weise, dass die Kompression so weit geführt wird, bis kein Schmerz entsteht . . . und so verfahrend weiter bis zur kranken Stelle gehen, wo man sofort mit der Kompression aufhören muss". (Kühn, tom. XVIII, pars. II, p. 895). Nach alledem findet F., dass das einzige Verdienst Biers darin besteht, die alte Hippokratische Methode aus der Vergessenheit gezogen zu haben, ohne ihr in technischer Hinsicht Neues hinzugefügt zu haben. Nur die Erklärung der Wirkung der Methode differiert bei beiden insofern, als Hippokrates annahm, dass durch gesteigerten Blutzufluss die Ernährung und infolgedessen die Funktion sich bessert, während Bier, gleichfalls durch denselben gesteigerten Blutzufluss, die bakterizide Kraft der Gewebe zunehmen lässt.

(Referent beschränkt sich einfach auf die genaue Wiedergabe der Behauptungen F.'s, ohne auf dieselben kritisch einzugehen, insbesondere nicht auf das, inwieweit die Hippokratesche Methode bei Muskelatrophie von Nutzen sein könnte.)

Chrysospathes - Athen.



8) **Dietrich** (Berlin). Krüppelfürsorge und Staat.

Zeitschr. f. Krüppelfürsorge. 1908. Bd. 1. H. 2. S. 79.

Verf. führt in seiner Abhandlung erst die Definition eines „Krüppels“ an und erwähnt, wie früher Krüppel als lästige Almosenempfänger galten, wie jetzt die Allgemeinbestrebungen dahin gingen, in eigens dazu eingerichteten Krüppelheimen die fürsorgebedürftigen Kranken, abgesehen von der Besserung ihres Gesundheitszustandes, auch zu wirtschaftlich unabhängigen Individuen auszubilden durch Ueben ihrer geistigen oder manuellen Fähigkeiten.

An Hand einer „Statistik der Krüppelfürsorge im Deutschen Reich im Januar 1907“ zeigt Verf., wie die Fürsorge erst in den Händen von Privatleuten lag und allmählich der Staat sich derselben angenommen hat in Anbetracht der Vorteile, die ihm daraus erwachsen.

Nach Anfragen des Autors bei orthopädischen Anstalten ergab es sich, dass 50% der Krüppel wirtschaftlich selbständig wurden nach entsprechender Behandlung.

Die Krüppelfürsorge entlastet die Armenverwaltung, kommt deshalb dem Nationalvermögen zugute, daher hat der Staat das grösste Interesse daran.

Die moderne Krüppelfürsorge macht aus Almosenempfängern früherer Zeiten brauchbare Arbeiter, aus lästigen Nehmern willkommene Geber und Steuerzahler.

Sie vermehrt die Volksgesundheit und die Volkskraft, indem sie die Gebrechen der heranwachsenden Generation zu heilen sucht und dadurch die Leistungsfähigkeit und natürliche Kraft der Bevölkerung hebt: die Militärtauglichkeit wird gefördert, ein gesünderer und kräftigerer Nachwuchs erzielt als bei ungeheilten Krüppeln.

Es wird die Statistik von Dr. Biesalski angeführt, laut der im deutschen Reiche 1906 7000 Krüppel im Alter unter 15 Jahren an Knochen- und Gelenktuberkulose litten. Die wichtigsten Krüppelgebrechen waren:

a. allgemeine Rachitis, Verkrümmung der Wirbelsäule,
b. Knochen- und Gelenktuberkulose,
c. Kinderlähmung,
d. andere Krankheiten.

Die Tuberkulosekinder bilden eine Gefahr für die Volksgesundheit als Herde von Tuberkulosekeimen. Die allgemeine Tuberkulosesterblichkeit ist nur dann zu bekämpfen, wenn die Tuberkulose des Kindesalters berücksichtigt wird.



Schliesslich legt der Verf. der Krüppelfürsorge auch ethischen Wert bei: sie vermindere das Landstreicher- und Verbrechertum und verwandele die fatalistische Volksanschauung zu einer optimistisch-idealistischen, indem sie aus unbrauchbaren Mitgliedern der Gesellschaft brauchbare schaffe. **Manhold**-Heidelberg.

9) **Schanz** (Dresden). Krüppelfürsorge und soziale Gesetzgebung.

Zeitschr. f. Krüppelfürsorge. 1908. Bd. 1. H. 2. S. 114.

Die soziale Fürsorge steht der Krüppelfürsorge sehr ungünstig gegenüber.

Ein wichtiges Ziel wäre, dieses zu ändern.

Der Missstand ist bei der armen Bevölkerung, die das Hauptkontingent der Krüppel liefert, die Beschaffung orthopädischer Apparate.

Die Krankenkassen gewähren nur kleinere Heilmittel, wie z. B. Brillen, Bruchbänder oder Apparate in ungefähr der gleichen Preishöhe (Mk. 15,00 maximum). Wenn ein Apparat teurer veranschlagt wird, so gibt die Krankenkasse auch keinen Teilzuschuss.

Die Landes-Versicherungsanstalten dürfen „nach freiem Ermessen" helfen.

Verf. führt zwei Fälle aus seiner Praxis an, wo im Sinne dieses Gesetzes gehandelt wurde und beide Mal die Patienten leer ausgingen.

Es wäre dringend nötig, Abänderung zu schaffen, sei es mit Berücksichtigung der bestehenden Gesetze oder durch ihre Abänderung.

Krankenkassen dürfen auch grössere Apparate an Patienten liefern, aber erst auf Beschluss des Kassenvorstandes nach vorheriger Genehmigung der Aufsichtsbehörde, Verfahren, die auf gütlichem Wege schwerlich zu erreichen sein werden und auch mit zuviel Umständlichkeiten verknüpft sind.

Deshalb wäre das Einfachste, die gestattete Leistung zur Zwangsleistung umzuwandeln. Wie man möglichem Missbrauch der Krankenkassen in dieser Beziehung von Seiten der Patienten und Aerzte begegnen könnte, muss von Fachleuten auf diesem Gebiet erörtert werden.

Bei Landesversicherungsanstalten wäre etwas zu erreichen durch sachliches Prüfen und die Erwägung, ob der in Frage kommende Fall durch die vorgeschlagene Behandlung geheilt werden könnte.

Die Reichsregierung müsste den Landesversicherungsanstalten diesbezügliche Verordnungen geben.

Was den Kostenpunkt anbetrifft, so würden die Landesversicherungsanstalten sparen, wenn auch vielleicht nicht in ihren Kontobüchern, so doch im Kontobuch der Volksgesundheit und der Volkserwerbskraft. **Manhold**-Heidelberg.

10) **Haglund** (Stockholm). Eine schwedische Krüppelstatistik.
Zeitschr. f. Krüppelfürsorge. 1908 Bd. 1. H. 2. S. 121.

1903 wurde in Schweden bei dem nordischen Abnormwesenkongress der Vorschlag gemacht, eine allgemein skandinavische Krüppelstatistik aufzustellen, und zu diesem Zweck wurde ein Komitee gebildet.

Es traten aber dem Projekt durch politische Wirren Hindernisse entgegen; später — für Schweden allein — Schwierigkeiten durch spärliche Bevölkerung, ungeordnete Landpolizei.

Deshalb wurde vorgeschlagen, eine Modifikation der Krüppelstatistik einzuführen durch Krüppelzählung der den Behörden leichter zugänglichen Volksklassen, wie:

a. einschreibungsschuldige Militärpflichtige,
b. schulpflichtige Kinder (bis zum 14. Jahr),
c. alle, die öffentliche Armenunterstützung erhalten.

Gegenwärtig wird statistisch die erste Gruppe bearbeitet. Wenig wichtig für eigentliche Krüppelfürsorge, da in ihr schon 21jährige Individuen enthalten sind. Aber wichtig wegen der genauen Angaben, die alle von Aerzten gemacht werden.

Die statistische Arbeit über die 2. Gruppe ist noch nicht begonnen, erst in 2—3 Jahren.

Hingegen hat. Verf. privatim angefangen, spezialistische Untersuchungen über alle deformen Schulkinder Stockholms zu machen.
Manhold-Heidelberg.

11) Pastor **Knottnerus** (Arnhem). Die Krüppelpflege in Holland.
Zeitschr. f. Krüppelfürsorge 1908. Bd. I, H. 2, S. 87.

1899 tauchte in Holland der Gedanke auf, sich der Krüppel in besonderen Anstalten anzunehmen.

Von Privatleuten wurde ein Verein zu diesem Zweck gegründet „Vereeniging tot verzorging van gebrekkige en mismaakte kinderen in Nederland“.

Dieses Privatunternehmen ist weder von Kirche noch Staat unterstützt.

1900 gründete der Verein sein erstes Krüppelheim in Arnhem; es ist seitdem wesentlich vergrössert worden. Der Verein selbst ist religionsneutral.

Das Verpflegungsgeld pro Kopf und Jahr beträgt 300 Gulden. Es werden nur intellektuell Gutentwickelte aufgenommen.

Beim Krüppelheim befindet sich eine Elementarschule, daneben wird Unterricht in fremden Sprachen erteilt. Als Facharbeit wird vorläufig nur Korbflechterei betrieben.

Zuletzt führt Verfasser Beispiele an von erstaunlicher Fertigkeit, die die Krüppel erlangen dank ihrer rastlosen Energie.

Manhold-Heidelberg.

12) **Gallois** et **Bosquette** (Lyon). Étude sur l' architecture intérieure des os et en particulier de l'extrémité supérieure du fémur. Son rôle dans le remaniement du squelette. (Die Innenarchitektur der Knochen spez. des oberen Femurabschnitts und ihre Rolle bei Skelettveränderungen.)

Revue de chir. Bd. 37, Nr. 4, S. 502 u. Nr. 5, S. 693.

Die Verf. besprechen zunächst ausführlich das Wolffsche Transformationsgesetz und die Grundlage desselben, die Untersuchungen von Hermann Meyer über den Bau der Knochen nebst der Entdeckung des Mathematikers Culmann, dass die Spongiosabälkchen genau den Spannungslinien der Statik entsprechen. Dass auch bei verschiedenem Neigungswinkel des Halses sich die Knochenbälkchen nach den Linien des stärksten Zuges und Druckes anordnen, zeigen die Verf. an einigen Präparaten. Auch bei Frakturen des Schenkelhalses mit Verkürzung des Halses gehen die Knochenbälkchen, welche den Drucklinien entsprechen, direkt von der medialen Hälfte der Kortikalis zum Gelenkkopf, die Zuglinien sind wegen der Kürze des Halses viel weniger ausgesprochen. Sucht man diese Verkürzung des Halses durch eine partielle Resektion am Präparat eines normalen Femur nachzuahmen, so erhält man keineswegs übereinstimmende Linien. Bei einem anderen Präparat war der Hals tief in das Gewebe der Diaphyse hineingetrieben, doch so, dass der untere Rand des Kopfes auf der medialen Wand des Femur lastete. In diesem Falle waren die Knochenbälkchen dem stärksten Druck entsprechend an der medialen Seite am deutlichsten entwickelt, aber ebenso auch die Zuglinien nach dem grossen Trochanter hin. Bei einem Bruch des obersten Teils der Femurdiaphyse entsprachen die Linien stärksten Drucks der medialen Wand, die des stärksten Zuges der lateralen. Bei Diaphysenbrüchen mit stärkerer Dislokation zeigt sich zunächst das Bestreben durch Kallusbildung die Fragmente zusammenzukitten, dann bilden sich stärkere Züge von Knochenbälkchen entsprechend den Hauptzug- und Drucklinien. Es wird dadurch allmählich eine Wiederherstellung der normalen Form



des Knochens, speziell auch der Kortikalis angestrebt. Ebenso findet sich bei rachitischen Verbiegungen eine Anbildung von Knochensubstanz an der Stelle des stärksten Druckes, d. h. auf der konkaven Seite, sowie beim Genu valgum an der lateralen Seite aus dem gleichen Grunde. Auch Arthritiden, die eine Veränderung der Belastung herbeiführen, bringen eine Veränderung in der inneren Architektur des Knochens zu Stande. Bei Ankylose zweier Knochen kann man die Fortsetzung der Knochenbälkchen vom einen Knochen in den anderen beobachten.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

13) **Findlay.** The etiology of Rickets.

British medical journal 1908. Nr. 2479.

Verf. bespricht zunächst die Theorien der Rachitis-Aetiologie und berichtet über seine höchst interessanten Experimente an Hunden. Tiere mit reduzierter und modifizierter Diät erkrankten niemals an Rhachitis, während die Kontrolltiere, die normal genährt wurden, erkrankten, weil sie in ihren Bewegungen sehr stark behindert wurden. Er prüfte die verschiedensten Diätformen durch. Rachitis entstand aber nur, wenn die Tiere gleichzeitig am Herumlaufen und Bewegungen beschränkt waren; kamen sie täglich in frische Luft und konnten herumlaufen, so besserte sich ihr Zustand sofort, nachdem sie wieder angebunden wurden, verschlimmerte sich die Rachitis, während die Kontrolltiere mit gleicher Diät, aber Bewegungsfreiheit nie von Rhachitis befallen wurden. Diese Versuche überträgt er auf den Menschen und kommt zu dem Schluss, dass die verminderte oder ausgeschlossene Bewegungsfreiheit das Hauptmoment bei der Entstehung der Rhachitis spielt, die Nahrung gar nicht Betracht kommt; er gibt ev. ein Toxin zu, das bei Kindern, die sich frei in guter Luft bewegen können, nicht die Kraft hat, die Krankheitssymptome zum Ausbruch zu bringen.

Mosenthal-Berlin.

14) **Lexer** (Königsberg). Die Verwendung der freien Knochenplastik nebst Versuchen über Gelenkversteifung und Gelenktransplantation.

Archiv f. klin. Chir. 86. Bd. H. 4. S. 939.

L. berichtet von seinen interessanten Versuchen über Ersatz von Knochen- und Gelenkdefekten. Er hebt hervor, dass man periostlose Leichenknochen nur dann überpflanzen könne, wenn an der Stelle des Knochendefektes das Periost noch vorhanden sei. Am weitesten kommt man mit der Ueberpflanzung von frisch und lebenswarm entnommenen



menschlichen Knochen und Mitüberpflanzung der Knochenhaut. Schädeldefekte lassen sich leicht auf die Weise decken, auch der Ersatz des knöchernen Nasengerüstes aus der Epiphyse eines Femur ist dem Verf. gelungen. Ebenso liessen sich grössere Lücken der Extremitätenknochen und der Kiefer durch periostbekleidete Knochen von Amputationsmaterial ausfüllen. Das hierbei geübte Verfahren (Eintreiben eines periostbekleideten Bolzens in die Markhöhle des Knochens und des Ersatzstückes) hat L. auch bei Pseudarthrosen und bei der Versteifung paralytischer Gelenke angewandt. Bei schlotternden Sprunggelenken z. B. schlägt Verf. durch einen vorgebohrten Kanal einen Knochenbolzen von der Fusssohle bis in die Tibia hinein. Bei einer Resektion des oberen Tibiaendes wegen Sarkom gelang die Einheilung eines gleichen Ersatzstückes mit der Knorpelbedeckung, ebenso der Ersatz eines Humeruskopfes, einer Phalanx und einer Ulna. Aber auch ganze Gelenke zu überpflanzen erwies sich als möglich. In zwei Fällen von Synostosen des Kniegelenks liess sich durch Kniegelenke, die aus frisch amputierten Beinen entnommen waren, ein bewegliches Gelenk erzielen. Ueberpflanzt wurden die Knochenenden nebst Knorpel und Kreuzbändern, sowie die Menisken. In einem weiteren Falle gelang auch die Uebertragung der Gelenkenden mit der ganzen Gelenkkapsel.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

15) **Veit** (Köln). Zur Frage der Entstehung der Gelenkmäuse.

Deutsche Zeitschr. f. Chir. 96. Bd. 4.—6. H. S. 394.

Ueber die Art der Entstehung der Gelenkmäuse gibt es drei verschiedene Theorien:

1. traumatische Gelenkkörper,
2. durch Osteochondritis dissecans entstehende,
3. durch Arthritis deformans.

Auf Grund histologischer Untersuchungen an einem von ihm selbst beobachteten Fall kommt Verf. dazu, die Bildung von Gelenkmäusen als Prozess synovialer resp. parasynovialer Knorpelwucherung aufzufassen.

Das Entstehen der freien Gelenkkörper ist noch nicht ganz klargestellt. Entweder werden sie durch Gelenkbewegungen durch die Kapsel, die sie umgibt, hindurchgedrängt und fallen in den freien Gelenkraum, oder sie zeigen von vornherein Stielbildung und werden mit der Zeit vollkommen abgerissen.

Laënnec (1813) war der erste, der die Entstehung der Gelenkkörper durch Knorpelwucherung der Synovialis für möglich hielt.

Manhold-Heidelberg.



16) **Bibergeil.** Bericht über 353 komplizierte Frakturen.
Archiv f. klin. Chir. 84. Bd., H. 2, S. 446.

Der Arbeit liegt das Material des Krankenhauses am Urban vom Jahre 1890—1906 zu Grunde. In 51,7% handelte es sich um Unfälle, die sich auf der Strasse ereigneten, in 48,3% um Betriebsunfälle. Die Mehrzahl der Verletzten betraf das männliche Geschlecht (75%).

In 45 Fällen handelte es sich um so schwere Zertrümmerungen, dass eine konservative Behandlung aussichtslos war. 32 Mal wurde primär, 13 Mal sekundär die Absetzung der betr. Extremität notwendig. Darauf entfallen 3 Todesfälle, 2 infolge Sepsis, 1 im Shok.

Bei 152 Durchstechungsfrakturen, in 92 Fällen war der Unterschenkel betroffen, wurde abgesehen von wenig Ausnahmen nach gehöriger Desinfektion der Wundumgebung unter Vermeidung der Wunde selbst die Reposition vorgenommen und das verletzte Glied nach Art der subkutanen Fraktur behandelt, entweder mittels fixierender Verbände oder mit Extension. Bei der Durchstechung des Humerus trat 2 Mal Radialislähmung auf, die durch einen operativen Eingriff beseitigt werden konnte. Bei den Unterschenkelfrakturen war 5 Mal die sekundäre Amputation notwendig, wegen fortschreitender Gangrän und Sepsis, darum 2 Todesfälle. 1 Mal wurde die primäre Knochennaht angewandt; 6 Mal die sekundäre Naht wegen mangelnder Konsolidation, Pseudarthrose und beträchtlicher Dislokation.

Unter 164 Frakturen mit schweren Weichteilquetschungen trat in einem Fall Tetanus auf mit tödlichem Ausgang. Prophylaktische Injektionen von Tetanus-Antitoxin werden nicht gemacht. Im übrigen werden nach gehöriger Desinfektion die geschädigten Weichteile möglichst entfernt, soweit es sich mit der Funktion in Einklang bringen lässt. Das sog. Débridement forcé wird nicht ausgeführt; dagegen Gegeninzisionen, Drainagen etc. nach Bedarf verwendet. Sekundäre Eingriffe machen sich dabei wiederholt nötig. In diese Rubrik entfallen 19 Todesfälle; darunter 5 im Shok, 6 an interkurrenten Krankheiten, 1 Fettembolie, 5 Sepsis, 1 Tetanus, 1 Erisypel.

Bei den komplizierten Gelenkfrakturen, 19 Fälle, hat die Biersche Stauung gute Erfolge zu verzeichnen und ermöglicht eine Erweiterung der konservativen Behandlung.

Die Nachuntersuchung von 50 Fällen, bei denen es sich um Betriebsunfälle gehandelt hatte, ergab ein günstiges Resultat inbezug auf die Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit.

Lindenstein-Heidelberg.



17) **Takahaschi.** Zusammenstellung von 57 Fällen komplizierter Frakturen.

Dissert. München. 1908.

An der Hand von 57 Krankengeschichten aus der Münchener chirurgischen Klinik bespricht T. die Behandlung der komplizierten Frakturen. In 28 Fällen wurde nur ein aseptischer bezw. antiseptischer Verband angelegt, in 14 Fällen musste inzidiert bezw. dilatiert werden, 7 Mal wurde die primäre, 4 Mal die sekundäre Amputation ausgeführt, 5 Mal wurden die Bruchenden primär durch Silberdrahtnähte vereinigt, und einmal wurde eine Exartikulation gemacht. In 7 schweren Fällen (meistens schwere Schädelbrüche) beschränkte sich die Behandlung auf Linderung der Schmerzen usw. Diese letzteren Fälle kamen ad exitum, von den übrigen starb nur ein Pat. an einer 3 Wochen nach der Operation (Zehenexartikulation) auftretenden Pneumomie. Alle übrigen wurden geheilt.

Blencke-Magdeburg.

18) **Lucas-Championnière.** The Treatment of fractures by mobilization and massage.

British medical journal 1908. Nr. 2492.

Absolute Fixation der Fragmente ist nach Verfassers Ansicht nicht die günstigste Bedingung für die Heilung, sondern ein gewisser Grad von Bewegung und Massage. Diese Grundidee führt er bei den verschiedenen Frakturen durch und geht so weit, dass er bei Frakturen ohne Dislokation überhaupt keine Fixation wünscht, sondern sofort mit Massage und Bewegungen anfängt, die allerdings sehr vorsichtig und langsam begonnen werden müssen. Bei Frakturen der Hand oder des Fusses muss sich die Bewegung auch auf Schulter und Hüfte erstrecken, ebenso soll bei Schulterverletzungen die Hand bewegt werden. Apparate jeglicher Art sollen nur als Notbehelf und nur die ersten 10 Tage getragen werden und täglich für die Massage abnehmbar sein. Langdauernde Nachbehandlungen werden durch diese Methode vermieden.

Mosenthal-Berlin.

19) **Tyrrell Gray.** The treatment of fractures.

British medical journal 1908. Nr. 2476.

Die Arbeit bespricht die Behandlungsmethoden bei den verschiedenen Frakturen. Bei queren oder schiefen Femurfrakturen empfiehlt Verf. die Extension, während er bei Spiralfrakturen operatives Eingreifen vorzieht. Verfasser plaidiert überhaupt mehr für das chirurgische Verfahren, durch das alle Schäden der unblutigen



Behandlung vermieden werden können. Eiterung bei Zurücklassen von Schrauben etc. hat er nie beobachtet. **Mosenthal**-Berlin.

20) **Peltesohn** (Berlin). Beiträge zur operativen Behandlung der Knochenbrüche und ihrer Folgen.

Archiv f. klin. Chir. Bd. 86. H. 3, S. 807 und H. 4, S. 955.

P. berichtet in diesem Artikel über die operativen Eingriffe, die sowohl bei frischen Frakturen als bei deformen Heilungen und bei Pseudarthrosen vorgenommen wurden. In Betracht gezogen werden von dem gesamten, 5000 Frakturen betragenden Körteschen Material 2733 Fälle entsprechend den Körperregionen, an denen Operationen in Frage kommen. Im ganzen wurden von diesen 2733 Fällen 88 operativ behandelt mit Einbeziehung von 36 Patellarfrakturen, über die schon früher berichtet wurde. 6 Fälle waren deform geheilt, in 27 war Pseudarthrose eingetreten, bei 10 Fällen wurde bereits innerhalb der ersten drei Wochen eingegriffen, da auf unblutigem Wege keine gute Stellung der Fragmente zu erzielen war, 9 weitere waren Apophysenbrüche (Olekranon und Proc. post. calcanei). Deforme Stellung trat selten ein, Pseudarthrose vorwiegend bei Leuten, die bereits anderweitige Schädigungen (Krankheiten) zeigten. Auch komplizierte Knochenbrüche zeigten verhältnismässig häufig verlangsamte Konsolidation. Der am meisten von Pseudarthrose betroffene Knochen war die Tibia, während bei deformer Heilung der suprakondyläre Bruch des Humerus das grösste Kontingent stellte. Für die Apophysenbrüche empfiehlt Verf. die offene Naht als Normalverfahren. Zur Behandlung der Pseudarthrosen kamen die verschiedensten Verfahren in Anwendung: perkutanes Einschlagen von Stahlnägeln, Drahtnaht, Einlegen eines Knochennagels in die Markhöhle und Eintreiben eines Stahlnagels, zum Teil miteinander kombiniert, sowie plastische Methoden. Die besten Resultate ergab der Knochennagel in der Markhöhle, kombiniert mit Drahtnaht. Knochenbrüche, welche operativ behandelt wurden, zeigten im allgemeinen eine Verlängerung der Konsolidationsdauer gegen einfache subkutane Brüche. Der Erfolg war bei allen Operationen im ganzen gut. Bei 43 Pat. von 53 wurde der Zweck der Operation in vollkommener Weise erreicht, direkt ungeheilt blieben nur 3 Pseudarthrosenfälle. Die Krankengeschichten der Apophysenbrüche, der deform geheilten Frakturen, der Pseudarthrosen und der frühzeitig operierten Brüche bilden den zweiten Teil der Arbeit. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.



21) **Vanverts** (Paris). Des cals vicieux. (Fehlerhafte Frakturheilung.)

Annales de chir. et d'orthop. Bd. 21. Nr. 7. S. 196.

V. bespricht die verschiedenen Möglichkeiten einer fehlerhaften Frakturheilung. Dass nicht ganz selten dem Arzt die Schuld beizumessen ist, sei es wegen mangelhafter Diagnose, sei es wegen ungenügender Reposition oder Fixation der Fragmente, muss zugegeben werden. Seltener ist Böswilligkeit des Patienten oder der Unverstand der Angehörigen die Ursache. Am häufigsten ist die fehlerhafte Heilung in der Art der Fraktur zu suchen, sei es in Folge des Gewichts der Extremität (Klavikularfraktur) oder Interposition von Weichteilen (Humerus und Femurfrakturen) oder Einkeilung (intrakapsuläre Schenkelhalsfraktur). Auch die Apophysenbrüche geben wegen ihrer Neigung zur Dislokation durch den Muskelzug ein unerfreuliches Resultat, ebenso wie die Epiphysenbrüche wegen der Funktionsbehinderung der benachbarten Gelenke. Die Ausdehnung des Kallus richtet sich nach der Art der Dislokation, bei stärkerer Verschiebung der Fragmente kann der Kallus sehr umfangreich werden. Die Störungen infolge fehlerhafter Heilung können sehr mannigfaltig sein: Verkürzung, Winkelstellung, Bewegungsbehinderung der Gelenke etc. Auch Schmerzen und Lähmungen durch Druck des Kallus auf die Nervenstämme kommt öfters vor. Die Diagnose ist im allgemeinen sehr leicht zu stellen, die Prognose richtet sich ganz nach den Verhältnissen des einzelnen Falles. Die Behandlung soll zunächst bei der frischen Fraktur das Auftreten von Deformitäten verhindern. Ist eine Deformität bereits eingetreten, so kommt als Behandlungsmethode hauptsächlich die Osteotomie in Betracht.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

22) **Becker.** Extension am querdurchbohrten Knochen.

Zentralbl. f. Chir., 1908, Nr. 48.

B. verwendet anstatt der von Steinmann angegebenen Methode der Extension an zwei eingeschlagenen Nägeln einen Stahlstab, der an der Spitze bohrerartig gearbeitet ist und auf der anderen Seite in einen elektrischen Trepanationsapparat hineinpasst, mit dessen Hilfe er mit grosser Geschwindigkeit ohne Erschütterung durch das periphere Bruchstück hindurchgetrieben wird. An den auf beiden Seiten aus der Extremität hervorschauenden Enden des Stahlstabes werden Karabinerhaken aufgeschraubt, an denen die Extension ausgeführt wird. Wird das obere Bruchstück bis zur Konsolidation durch Gipsverband ruhig und schmerzlos gestellt, so arbeitet die Extension sehr exakt, vermeidet die Rotation um die Längsachse

und spart an Gewichten. B. empfiehlt sein Verfahren bei komplizierten Oberschenkelbrüchen, subkutanen Kommunitivfrakturen des Femur und bei sehr korpulenten Menschen. **Meyer**-Heidelberg.

23) **Reinhard Stoettner.** Ueber Pseudarthrosen und ihre Behandlung.

Diss. München. 1908.

R. berichtet nach kurzen einleitenden Worten über Pseudarthrosen und deren Behandlungsmethoden über 14 derartige Fälle aus der Münchener chirurg. Klinik, von denen zwei mit Knochennaht, sechs mit Stauung und sechs mit Blutinjektionen behandelt wurden. Zwölfmal erfolgte Heilung, dreimal war die Heilung noch nicht abgeschlossen und einmal blieben alle Nachfragen unbeantwortet. Die sechs gestauten Fälle gingen alle in Heilung aus, und zwar schwankte die Heilungsdauer zwischen $1^1/_2$ und 4 Monaten; gleich gute Resultate wurden mit der Blutinjektion erzielt in $1^1/_2$ bis $6^1/_2$ Monaten. Nach R.'s Ansicht scheinen demnach Stauung und Blutinjektion berufen, die Naht bei Pseudarthrosenbildung zu verdrängen. **Blencke**-Magdeburg.

24) **Hashimoto** und **So.** Ueber Pseudarthrosen-Behandlung von Schussverletzungen.

Archiv für klin. Chir. 86. Bd. 2. H. S. 546.

Bericht über 7 Fälle von Pseudarthrose bei ausgedehntem Knochendefekt des Humerus (4 ×) bezw. der Tibia (3 ×) nach Schussverletzung. Die Pseudarthrose kam nach Verf.'s Ansicht durch unvorsichtige Exstirpation der gesprengten Knochenstückchen zustande. Die 4 Humeruspseudarthrosen wurden nach Mangoldt mit Knochen-Periostlappen der Tibia behandelt, ebenso 1 Fall an der Tibia, während die 2 anderen Fälle an der Tibia nach Hahn, Ueberpflanzung der Fibula in das obere Fragment der Tibia, — operiert wurden. Die Resultate waren, da es sich meist um sezernierende Wunden handelte, nur in einem Falle sehr gut. Nach kritischer Besprechung der verschiedenen Behandlungsmethoden halten V. die Methode von Mangoldt bei kleineren Defekten für die beste, während die Methode von Hahn bei ausgedehntem Defekt der Tibia den Vorzug verdient. **Meyer**-Heidelberg.

25) **Pielicke.** Die Behandlung des chronischen Gelenkrheumatismus im Sanatorium Beelitz der Landesversicherungsanstalt Berlin.

Zeitschr. f. Balneologie, Klimatologie u. Kurort-Hygiene. 1908. Nr. 8.

P. bezeichnet als chronischen Gelenkrheumatismus diejenigen



Affektionen, die sich im Anschluss an eine akute Polyarthritis entwickeln, zweitens solche, die von vornherein schleichend auftreten (Polyarthritis chron. progr. Hoffa) und drittens solche, die nach akuten Infektionskrankheiten entstehen, meistens nach Gonorrhoe. Behandlung: 3 × wöchentlich heisses Totalbad (Licht-, Dampf-, Heissluft- oder Moorbad), hierauf sofort kalte Dusche und Massage. Ausserdem 2 × täglich heisses Arm- oder Fussbad mit folgender Massage. Darauf Uebung an Zanderapparaten. Ist Besserung eingetreten, nimmt der Patient an den gemeinsamen militärischen Frei- und Hantelübungen teil. Abends Umschläge auf die erkrankten Gelenke mit Ichthyol, Wasser oder Spiritus.

Die Erfolge sind bei diesem Leiden, das sonst häufig aller ärztlichen Kunst spottet, als durchaus befriedigende zu bezeichnen. Völlig geheilt wurden 56 %, erwerbtsfähig wurden 26,8 %, ungeheilt blieben 17,2 % bei 1046 Fällen, Behandlungsdauer durschnittlich 65 Tage. **Meyer**-Heidelberg.

26) **Calot** (Berck). Le traitement des tumeurs blanches.

Gazette des hôpitaux. 1908. Nr. 130.

Der Injektionsmethode gebührt bei der Behandlung des Tumor albus sowie des kalten Abszesses vor allen anderen Methoden der Vorzug: sie ist einfach, sicher, führt fast immer und verhältnismässig schnell zur Heilung und verstümmelt nicht. C. hat sie bei den tuberkulösen Gelenk- und Knochenleiden fast ausschliesslich angewandt. („Die Biersche Staubehandlung, die für akute Entzündungen ganz gut sein mag, hat bei der Tuberkulose keinen Wert.“ [!])

Die rein konservative Behandlung pflegt 3—6 Jahre zu dauern, ist daher sehr kostspielig und dabei wenig sicher (in der Hälfte der Fälle kommt es zur Eiterung und Fistelbildung).

Als blutige Behandlungsmethode wird von fast allen Chirurgen die Resektion empfohlen und angewandt, die — wenn gründlich — beim wachsenden Individuum fast immer zur Verstümmelung führen muss. Beim Erwachsenen sind Fisteln nach der Operation an der Tagesordnung. Nur für einige wenige Fälle hat die Resektion Berechtigung.

In Berck wurden von 1895—1905 311 Fälle von Tumor albus (exkl. Koxitis) mit Injektionen behandelt (nie einfache konservative Behandlung, nur dreimal Resektion, und zwar aus orthopädischen Gründen). Ausser 7 wurden alle in 8—12 Monaten geheilt, die 7 Fälle nach 2—5 Jahren.



Gewöhnlich reichten 12 Injektionen aus.

In $^9/_{10}$ aller Fälle wurde der Extremität ihre Länge, Festigkeit und normale Beweglichkeit (!) erhalten.

C. wendet zwei Injektionsflüssigkeiten an, die erste soll die Granulationen sklerosieren, die zweite sie zur Verflüssigung bringen:

I. Ol. oliv.	75,0	II. Glycerin	10,0
Aether	25,0	Kampfernaphtol .	2,0
Kreosot	4,0	frisch zu bereiten!	
Jodoform	10,0		

Methode: Bettruhe während der ganzen Behandlung. — Gipsverband, eventuell nach Redressement in Narkose. Fenster im Gipsverband.

Beim verflüssigten Tumor albus Injektion von Flüssigkeit I, beim fungösen Kampfernaphtol (3—10 Gr. je nach dem Alter). Anzahl der Injektionen 6—12, alle 5—6 Tage. Der Injektion geht eine Aspiration des Gelenkinhalts vorher; die letzten zwei Punktionen sollen nur noch aspirieren. Dann Wattekompression durch das Fenster für 2—3 Monate. Darauf Entfernung des Gipsverbandes. Die Bettruhe muss noch 5–6 Monate beibehalten werden; erst dann Gehversuche, für die ersten Monate mit immobilisierender Hülse. Die Beweglichkeit im Gelenk kommt meist von selbst in dem nächsten halben Jahr (manchmal auch erst nach zwei Jahren) wieder. Handelt es sich um einen trockenen (fungösen) Tumor albus, der erst einige Wochen alt ist, so wird Jodoformkreosot injiziert; ist er mehr als sechs Monate alt, so ist Kampfernaphtol mehr angezeigt (täglich eine Injektion, sechs Tage hintereinander). Nach der Verflüssigung Punktion und Injektion in der oben beschriebenen Weise.

Zum Schluss werden die Punktionsstellen für die verschiedenen Gelenke angegeben. **Ewald**-Hamburg.

27) **Porcile** (Roma) Di un caso di angiomi multipli muscolari.
Il Policlinico. Sez. chir. 1908, fasc. 7.

Porcile teilt einen klinischen Fall mit von multiplen Angiomen mit Sitz an der rechten Oberextremität resp. in dem Supinator longus, Trizeps und Infra-spinatus. Zwei waren spontan aufgetreten und nur der Zufall hatte ihre Anwesenheit erkennen lassen. Der Tumor in dem M. infraspinatus musste ebenfalls vor dem Trauma bestehen. Der Sturz rief vielleicht die Ruptur von Gefässen und interstitielle Blutergüsse hervor. Vielleicht wurde das Wachstum nach dem Sturz ein rascheres, stürmisches. Die folgenden Beschwerden lenkten zum ersten



Mal die Aufmerksamkeit darauf und führten zu seiner Entdeckung. Bemerkenswert für die Semiologie ist die Pseudofluktuation, welche den ersten Arzt zur Diagnose eines Abszesses verleitete.

Buccheri-Palermo.

28) **Harris.** Ischaemic Myositis and Neuritis.

British medical journal. 1908. Nr. 2491.

H. macht an der Hand von 9 Fällen von Volkmann'scher Kontraktur auf das häufige Vorkommen von Neuritis (7 Fälle) des medianus und ulnaris aufmerksam, die manchmal schwere Erscheinungen machen kann, Behandlung mit Massage und Gymnastik genügt meist.

Mosenthal-Berlin.

29) **Kölliker** (Leipzig). Zur Technik der sekundären Sehnennaht.

Münch. med. Wochenschr. 1908. Nr. 47. S. 2447.

Da bei Beugesehnendurchtrennungen an den Fingern die Stümpfe meist nur durch ausgedehnte Schnittführung zu finden sind, und ihre Vereinigung nur in starker Beugestellung möglich ist, letztere aber für das Endresultat sehr störend ist, so hat K. das distale Ende des tiefen Beugers mit der von ihrem Ansatz abgetrennten Sehne des betreffenden Lumbrikalmuskels vereinigt, und so eine Verbindung zwischen proximalem und distalem Sehnenstumpf ohne Spannung erreicht. Der Lumbrikalis wird zum Beugemuskel und damit stellt sich die Funktion wieder her.

Ewald-Hamburg.

30) **Kilvington.** An investigation or the Regeneration of Nerves with regard to surgical treatment of certain cases of Paralysis.

British medical journal 1908. Nr. 2476.

Nach kurzer Zusammenstellung der einschlägigen Literatur berichtet Verf. über seine Experimente von Regeneration von durchtrennten Nerven. Zu den 3 Typen der Auto-, Homo- und Heterotransplantation bringt er einen neuen, den Ersatz durch Katgutfäden. Nach seinen Erfahrungen darf der Zwischenraum zwischen dem peripheren und zentralen Ende nicht mehr wie höchstens einen Zoll betragen, um zum guten Resultat zu führen. Von 4 Fällen, in denen er ein Stück von $^3/_4$ bis $1^1/_2$ Zoll des Popliteus beim Hund resezierte und durch 4 Fäden Katgut ersetzt wurde, hatte er 3 recht gute, ein weniger gutes Resultat erzielt. 2 mal nahm er ein Stück Ischiatikus vom Kaninchen und setzte es in den resezierten Ulnaris beim Hund mit schlechtem Erfolg. Besser war der Erfolg, wenn



er einen Katzennerv beim Hund implantierte. 3 gute Resultate von 4 Fällen bei Transplantation eines Nerven vom Hund auf einen anderen Hund. Ferner berichtet er über 6 Fälle, bei denen er die resezierte Nervenbrücke mit anderem lebenden Material vom selben Tier ausführte: Fascienstücke, Fett und Muskelstücke, mit 5 guten Erfolgen. Der sechste Misserfolg bedingt durch zu lange Resektion (2 Zoll). Dann drehte er das resezierte Nervenstück herum (peripher, zentral) mit vollständiger Regenerierung, und zum Schluss nahm er Stücke von anderen Nerven deselben Tieres und verpflanzte sie in andere Nerven mit durchweg gutem Erfolg, gleichgültig, welcher Art die Nerven waren.

Der mikroskopische Befund zeigte durchweg Nervenfasern, die in Bündeln oder einzeln durch das Katgut oder anderes Material gewachsen waren. Seine Schlüsse sind: Nerven-Autotransplantation kommt an erster Stelle. Wenn möglich soll man beim Menschen ein Stück Nerv einer amputierten Extremität zu bekommen suchen. Nerven spielen seiner Meinung nach nur die Rolle von Telegraphendrähten zwischen den einzelnen Stationen, so dass es gleich ist, in welcher Richtung und von welcher Nervenart man das Verbindungsstück nimmt. Er selbst operierte am Menschen nur einmal einen Fall von Klavikulafraktur mit Zerreissung des Plexus, den er durch ein Stück des Sternocleido ersetzte. Endresultat wegen Kürze der Zeit noch unentschieden. Er warnt vor Nervenvereinigung in der Narbe, die Anastomose muss ausserhalb der Narbe liegen und die narbigen Nervenenden müssen reseziert werden, genäht wird mit Katgut. Die beste Zeit zur Operation nach Verletzungen ist nach der abgeschlossenen Granulation, und möglichst nicht in der unsauberen frischen Wunde. **Mosenthal**-Berlin.

31) **Tubby.** Discussion on the surgical treatment of infantile paralysis.

British medical journal. 1908. Nr. 2491.

Redner bespricht allgemein die patholog. Anatomie, Verlauf, Behandlung der Krankheit, die sich nach den 4 Stadien (akutes, Ruhe, Regenerations, chronisches) richtet. Im einzelnen geht er nur auf die Behandlung des letzten Stadiums ein, er empfiehlt öfteren Gebrauch von Tenotomien; Arthrodesen sollen nicht vor dem 10. Lebensjahre gemacht werden, wobei er grosses Gewicht auf die Adaption der Gelenkflächen legt, beim Fussgelenk empfiehlt er die Goldthwait'sche Operation, schiefe Osteotomie der Fibula, Heranpressen des unteren Fragments an den Talus, bei Schlotterfuss muss



das Calcaneocuboid- und Talocalcanealgelenk einzeln operiert und 3 Monate fixiert werden, bei ausgedehnter Armlähmung sollte öfter die Schulterarthrodese ausgeführt werden, bei Fussehnenoperationen hat er den besten Erfolg von Lange's periostalem Fixieren gesehen. Für Nervenimplantationen sind die Fälle von Deltoideuslähmung durch die Cervicalnerven sehr geeignet, er berichtet ferner über 2 gute Resultate von pes calcaneus von Young operiert, bei denen der gelähmte Tibialis anticus in einen Schlitz des musculo cutaneus genäht wurde. Diskussion:

Jackson Clark warnt vor Ueberkorrekturen durch Sehnentransplantationen, er spricht sich für ein chirurgisches Minimum aus, bei Arthrodesen sollen knöcherne Verbindungen hergestellt werden, Nähte allein geben oft nach. Bei Achillotomie rät er, den Schnitt nicht gerade über der Sehne zu machen, sondern lieber einen konvexen Schnitt, er näht Sehnen mit Seide.

Harris steht der Nervenverpflanzung skeptisch gegenüber und hält nur die Fälle, in denen einzelne Muskeln gelähmt sind, für geeignet, z. B. Deltoideusersatz durch feinsten Cervicalnerv, oder isolierte Lähmung des Tibialis anticus oder des Wadenmuskel. Die Operation darf nicht vor vollkommener Lähmung des Muskels ausgeführt werden, am besten zwischen 4. — 6. Monat nach der Erkrankung.

Laming Evans warnt vor zu zeitigem Operieren, da selbst bei schweren Fällen oft noch nach einem Jahr sich Besserungen zeigen, er meint, dass die Fälle von Sehnenverpflanzung besser gesichtet werden müssen, dann aber gute Resultate erzielt werden. Er ist ein Anhänger der Tenodesis.

Fairbank bevorzugt die offene Achillotomie, Kniearthrodese soll nicht vor dem 18. Lebensjahre gemacht werden. 6 — 12 Monate nach der Sehnentransplantation am Fuss lässt er Apparate tragen.

Starz (Toronto) empfiehlt bei Arthrodese des Fussgelenkes den Talus zu spalten und den Fuss hineinzudrücken. Kniearthrodesen macht er nicht, sondern lässt Apparate tragen.

Mosenthal-Berlin.

32) **Evler.** Selbstherzurichtende Lederstreckverbände.

Deutsche militärärztl. Zeitschr. 1908. Nr. 21.

E. stellt seine Apparate, die er auch schon a. O. empfohlen hat (ref. in dem Zentralbl. 08. S. 31. 293. 299) für militärische Zwecke zusammen. Für diesen Zweck hebt er besonders die



Möglichkeit des Selbstherrichtens des Lederstreckverbandes für den einzelnen Fall und Umänderns hervor, ferner das Freibleiben der Bruchstelle und der Gelenke, die Möglichkeit der aseptischen Wundbehandlung, evtl. auch Drainage, der Röntgendurchleuchtung, des Nachpassens der Hülse und der Extension, der Bewegungstherapie, der Desinfektion mit Formaldehyd evtl. auch des Auskochens der Metallteile und Wiederbenutzbarkeit. Deshalb ist der Verband empfehlenswert bei komplizierten Frakturen und Gelenkverletzungen als Vorbereitung für den Transport und als Dauerstützapparat.

Meyer-Heidelberg.

33) **Kennedy.** Section of the posterior, primary divisions of the upper cervical nerves in spasmodic Torticollis.

British medical journal 1908. Nr. 2492.

Verfasser empfiehlt die Operationsmethode nur bei sehr schweren Fällen von spastischem Tortikollis, die schon lange bestehen und jeder anderen Therapie trotzten, und bei denen die Residuen (Sensibilitätsstörung und Ausserfunktionssetzung einzelner Muskeln) das kleinere Uebel bedeuten. Bei frischen Fällen näht er nach Durchschneidung die Nerven wieder zusammen. Von einem vertikalen Schnitt von der Mitte zwischen Ohransatz und processus mastoideus geht er nach Durchschneidung des Splenius in die Tiefe und reseziert nach Isolation des Plexus die Nerven vom zweiten Ast abwärts bis zu ihrer Teilung und durchtrennt sie dort. Die Anatomie wird genau beschrieben und durch Abbildungen erläutert, ohne die die Beschreibung sehr schwierig ist, ich muss deshalb auf das Original verweisen.

Mosenthal-Berlin.

34) **Depage.** Painful displacement of Ribs.

British medical journal. 1908. Nr. 2492.

Verfasser beschreibt ein gar nicht seltenes Krankheitsbild, das er selbst 30 mal beobachtet hat. Frauen kommen mit Schmerzen in der rechten Seite, selten links, die gewöhnlich als Wanderniere, Appendicitis, auch Ovarialbeschwerden gedeutet werden, geringe Skoliose. Bei Untersuchung stellt sich heraus, dass Druck auf die 10, 11 oder 12te Rippe schmerzhaft war, die 12te lag auf dem Darmbeinkamm, oder 2 der anderen übereinander und verursachten die Beschwerden. Ein Jahr lang medico-mechanische Uebungen brachten Heilung bei 26 Fällen, während 4 Fälle durch Resektion der schmerzhaften Rippen oder nur ihrer Enden geheilt wurden.

Mosenthal-Berlin.



35) **v. Foller** (Berlin). Die Muskelkraft des biceps und brach. int.

Zeitschr. f. neuere physik. Med. 1908. Nr. 24. S. 743.

Verf. stellt sich die Aufgabe: 100 kg sollen bei senkrechtem Oberarm und horizontalem, zwischen Pro- und Supination gestelltem Vorderarm gehalten werden. Wie viel Kraft muss jeder der in Betracht kommenden acht Muskeln (biceps, brach. int., sup. long., pronator teres, flexor carpi uln., flex. carp. rad., palm. longus und flex. dig. comm. superficial.) verwenden?

Die Last greift senkrecht zur Richtung des Hebelarmes an, die Muskelkräfte wirken aber schief, entsprechend ihrem Verlauf am Skelett.

Verf. berechnet nun die Hebelarme der Muskeln aus ihren Insertions- und Ursprungsstellen am Knochen mit Hilfe trigonometrischer Formeln und stellt eine Fortsetzung der Arbeit in der nächsten Nummer der Zeitschrift in Aussicht. **Manhold**-Heidelberg.

36) **Broca** (Paris). Raccourcissement de l'Humerus.

Gazette des hôpitaux 1908. Nr. 118.

B. beschreibt einen jungen Mann, dessen rechter Oberarm wegen Resektion des Humeruskopfes im Alter von 13 Monaten um 11 cm kürzer war als der linke. Die klinische und die Röntgenuntersuchung zeigt, dass der Humerusdiaphysenstumpf unterhalb der Gelenkpfanne steht. Der Patient kann den Arm bequem und kräftig bis zur Horizontalen heben, wobei die Schulterblatt-Oberarmmuskulatur den Humerus fest gegen die Pfanne presst. Die ganze Armhebung vollzieht sich dann mittels der Skapula. **Ewald**-Hamburg.

37) **Schlinck** (Cottbus). Ein Fall von subcutaner Durchreissung des Musculus triceps brachii durch direkte Gewalt.

Monatsschr. f. Unfallheilkunde 1908 Nr. 11.

Durch Ueberfahren wurde einem Arbeiter neben einem Oberarmbruch ein Teil des Trizeps, der sich bei der Verletzung in Kontraktion befunden haben muss, durchrissen. Die beiden Muskelfragmente sind oberhalb des Olekranon und am obersten Abschnitt des Oberarms festzustellen. Da der grössere Teil des Trizeps unverletzt geblieben ist, so hat die Funktionsfähigkeit des Arms durch die Ruptur nicht gelitten. **Ewald**-Hamburg.

38) **Eames.** Case of fractured Radius.

British medical journal 1908. Nr. 2484.

Ein Matrose, der mit der Leiter, auf der er stand, 20 Fuss herabfiel, bekam eine rechtwinklige, bis ins Handgelenk gehende



Fraktur des Radius und vertikalen Spaltbruch desselben Radius dicht über dem unteren Radioulnargelenk, die ausser geringen Schmerzen wegen fehlender anderer Symptome erst im Röntgenbild diagnostiziert wurde. **Mosenthal**-Berlin.

39) **Brunn.** Ueber die schnellende Hüfte.

Beiträge z. klin. Chir. Bd. 58. H. 1. S. 121.

Ein sonst gesundes 15jähr. Mädchen erkrankte mit Schmerzen in der linken Hüfte und bemerkte in der Gegend des Trochanter major eine Geschwulst, die ruckweise vorsprang und wieder zurückging. Die Geschwulst ist ein über den Trochanter unter schnappendem Geräusch hin- und herschnellender Strang. Bei der Operation erweist er sich sehniger Natur, vom Trochanter ist er durch lockeres Gewebe getrennt, ein Schleimbeutel ist nicht vorhanden. Der Strang wird in eine in den Trochanter gemeisselte Rinne fixiert. Das Endresultat war ein gutes.

2 Jahre nach der Operation zeigten sich dieselben Symptome mit dem gleichen klinischen Befund an der rechten Hüfte. Bei der Operation fand sich ein derber Fascienstrang, der durch eine dicke Bindegewebsschicht vom Trochanter getrennt war. Nach Entfernung des Bindegewebes wurde der Fascienstrang wieder in eine dazu hergestellte Rinne des Trochanter fixiert. Nach Heilung der Wunde war Pat. vollständig beschwerdefrei und konnte ohne Hinken gehen. Das schnappende Geräusch war verschwunden.

Nach Mitteilung der in der Litteratur niedergelegten Beobachtungen (8) geht Verf. auf die Aetiologie des Leidens ein. Er hält die Krankheit für angeboren und erblickt die Hauptursache derselben im Fehlen des Schleimbeutels, an dessen Stelle sich lockeres Bindegewebe findet. Die Diagnose ist nicht schwierig. Als Differentialdiagnose kommt nur die willkürliche Subluxation der Hüfte in Betracht. Die Symptome sind Schmerz und Störungen des Ganges. Das Geräusch entsteht nur bei aktiven Bewegungen und Anspannung der Gesässmuskulatur. Als Therapie empfiehlt sich das geschilderte Operationsverfahren, das in ähnlicher Weise auch durch v. Baeyer mit Erfolg in Anwendung gezogen war. **Lindenstein**-Heidelberg.

40) **Guillaume-Lollis** und **Galvé.** La coxalgie double.

Gazette de hôpitaux. 1908. Nr. 124 u. 126.

Von 150 in Berck s. m. beobachteten Koxitiden waren 11 doppelseitig und weitere 12 noch mit anderen tub. Knochenerkrankungen vergesellschaftet.



Meist erkrankt die eine Seite 1—2 Jahre später als die erste. Abszesse sind die Regel, ebenso Luxationen der zuerst erkrankten Seite. Die Prognose ist natürlich ernster als bei der einseitigen Koxitis: Von den 11 Patienten sind 8 gestorben.

Der Ausgang in anatomische Heilung kann verschieden sein. Verf. unterscheiden mit Ménard 6 Möglichkeiten:

1. doppelte Hüftankylose in guter Stellung und gleicher Länge beider Beine. Die Gehstörungen werden genau untersucht; das Stehen und Sitzen macht naturgemäss grosse Schwierigkeiten. ebenso das Anziehen der Strümpfe u. s. w., schliesslich das Urinieren und die Defaekation;

2. doppelte Luxation mit Mobilität in beiden Hüften. Lumballordose, Genu valgum, kurze untere Extremitäten, Gang verhältnismässig gut, gleicht dem der angeborenen Verrenkung;

3. stehen die luxierten Hüftgelenke in Beuge- und Adduktionsstellung, so wird der Gang äusserst schwierig;

4. ist eine doppelte Ankylose in Adduktionsstellung erfolgt, so dass die Beine sich kreuzen, so wird das Gehen fast zur Unmöglichkeit;

5. bei Längendifferenz beider Beine ist eine Krücke nötig;

6. bei Ankylose und Rotation nach aussen ist der Gang ebenfalls unmöglich.

Schliesslich werden die kompensatorischen Haltungen der Wirbelsäule, des Knies und des Fusses besprochen:

An der ersteren kommt je nach der Flexion, Ad- oder Abduktion in der Hüfte, eine Lordose, Skoliose nach der kranken oder gesunden Seite zur Entwicklung.

Bei einem adduzierten Oberschenkel kommt ein genu valgum, bei einem abduzierten ein genu varum zustande. Bei der Flexion in der Hüfte kann sich ausserdem ein genu recurvatum herausbilden. Bei Verkürzungen kann ferner eine Spitzfussstellung entstehen, weiter können bei den verschiedenen veränderten Stellungen der Unterschenkel sämtliche Bewegungen in den Fussgelenken bedeutend vermehrt sein.

Behandlung bei einer frischen doppelseitigen Koxitis: wie bei der einseitigen. Die Ankylose muss man möglichst auf einer Seite zu vermeiden suchen. Auf keinen Fall soll man eine Adduktionsstellung sich herstellen lassen.

Bei der ausgeheilten doppelseitigen Koxitis soll man beide Beine parallel machen und ihnen, oder wenigstens einem, eine gewisse Beweglichkeit geben. — Osteotomien, Resektionen, ev. mit Interposition von Weichteilen. **Ewald-Hamburg.**

41) **Bowlby.** Nine hundert cases of tuberculous Disease of the hip.

British medical journal 1908. Nr. 2477.

Die Arbeit ist eine kurze Besprechung von 900 Fällen von Koxitis unter 12 Jahren, die rein konservativ im Alexandra-Hospital seit 1881 behandelt wurden. Das glänzende Resultat (33 nicht geheilte Fälle) zeigt den guten Erfolg der Behandlungsweise. Die Hauptmomente sind Bettruhe, leichte Extension in krankhafter Stellung, und vor allem hygienische Massnahmen, gute Luft Tag und Nacht, unterstützt von guter Diät, Eisen und Leberthran. Kein Kind wird früher als nach einem Jahr auf das erkrankte Glied gestellt, bis dahin liegt es, geht mit Krücke oder Thomassplint. Von 40 Fällen von doppelter Koxitis, die ausheilten, wird leider nicht das funktionelle Resultat angegeben. Einzelheiten fehlen überhaupt. Erwähnt wird die abnorme Seltenheit von Phthise und Halsdrüsen. Dagegen betont Verf., dass ein Koxitiker auch meist anderweitige Herde im Körper hat, die ebenso günstig durch die hygienischen Massnahmen beeinflusst werden, die durch einen operativen lokalen Eingriff nicht entfernt werden können und einer radikalen Heilung durch die Operation entgegenstehen. Absolute Asepsis bei Eröffnung der Abszesse ist Grundbedingung, Abszesse werden schmal geöffnet und drainiert, von Fisteln wird nichts erwähnt. Glänzende Unterstützung erfährt die Behandlung durch Neu-Tuberkulin.

Mosenthal - Berlin.

42) **Tubby.** A clinical lecture on Coxa valga.

British medical journal 1908. Nr. 2482.

Die klinische Vorlesung über Coxa valga bringt nichts Neues. Er berichtet über 3 Fälle von kongenitaler C. v. mit Luxatio coxae, einen Fall mit infantiler Paralysis, einen Fall nach Fractura colli femoris, einen Fall mit genu valgum. Aetiologisch kommen seiner Meinung nach nur statische Störungen in Betracht, die er durch die entsprechende Therapie auszugleichen sucht. Nach schlecht geheilter Fractura femoris muss das Collum femoris durchmeisselt und das Femur richtig gestellt werden. **Mosenthal** - Berlin.

43) **Helbing** (Berlin). Zur Diagnose und Therapie der angeborenen Hüftgelenksverrenkung.

Therapeutische Rundschau. 1908. Nr. 51. S. 757.

Unter allen Luxationen kommt die angeborene der Hüfte am häufigsten vor.



Die therapeutischen Massnahmen sind nicht nur deshalb angezeigt, weil der Gang der an dieser Luxation leidenden Kinder unschön ist und das Gehen oft schmerzhaft wird, sondern weil sich mit der Zeit chronische arthritische Prozesse einstellen. Die Resultate der unblutigen Reposition nach Lorenz, wie sie wohl von der Mehrzahl der Spezialisten geübt wird, sind desto besser, je früher das Leiden in Behandlung kommt.

Für die erfolgreiche Behandlung gibt es im Alter keine Grenze nach unten, meist wird eine Hüftgelenksluxation aber erst erkannt, wenn das Kind anfängt zu gehen.

Bei ganz jungen Kindern ist die Diagnose oft schwierig.

Ausschlaggebend für die richtige Diagnose ist das Röntgenbild.

Bei kleinen Kindern betont Verf. auch noch die Wichtigkeit des Hochstands der Adduktorenfalte (bei einseitiger Luxation) als Kriterium der Verrenkung.

H. lässt nach der unblutigen Reposition den fixierenden Verband 3—4 Monate liegen, wendet keinerlei Nachbehandlung an.

Bei doppelseitiger Luxation gibt Verf. der gleichzeitigen Einrenkungsmethode beider Hüften wegen der abgekürzten Heilungsdauer den Vorzug. **Manhold**-Heidelberg.

44) **Drehmann** (Breslau). Weitere Beiträge zur unblutigen Behandlung der angeborenen Hüftverrenkung.

Zeitschr. für orthop. Chir. XX. Bd. S. 61.

D. bespricht an erster Stelle die von den verschiedenen Autoren angegebenen Verfahren der unblutigen Reposition, von denen er die langdauernde Apparatbehandlung verwirft und nur die gewaltsame Reposition als berechtigt anerkennt, da nur bei dieser die reaktive Schrumpfung der Weichteile ein Dauerresultat erhoffen lässt. Das von D. behandelte Material umfasst 139 weibliche und 27 männliche Individuen, und von diesen zusammen waren 125 einseitig und 41 doppelseitig. Komplikationen mit anderen Deformitäten waren selten In ätiologischer Hinsicht scheint uns die anthropologische Theorie Damanys keineswegs bewiesen, doch glaubt er, dass die aufrechte Haltung der Menschen gegenüber dem Vierfüsser zur Luxation prädisponiere. In drei Fällen wurde eine Spontanheilung einer vorher festgestellten Luxation beobachtet. Der Nachweis der Verrenkung lässt sich manchmal sehr früh führen (bei D. bei einem 1/2 jährigen Kinde). Reposition ist vor dem 2. Jahre nicht anzuraten, da die Muskulatur sich erst etwas kräftigen soll. Die meisten Ursachen der Misserfolge lassen sich vermeiden. Kom-



plikationen wie Frakturen, Hernien, grössere Hämatome oder dauernde Versteifungen sah D. selten oder gar nicht. Lähmungen des Ischiadicus oder Peroneus wurden in einigen Fällen beobachtet. Die Einrenkung nimmt D. im allgemeinen in der Weise vor, dass er das in der Hüfte rechtwinklig gebeugte Bein je nach dem Grade der Anteversion innenrotiert und dann durch direkten Druck auf den Trochanter den Kopf in die Pfanne bringt, eventuell erst nach Dehnung der Weichteile durch Abduktionsbewegungen, doch sollen Muskeln und Weichteile nach Möglichkeit geschont werden. Erst nach der Reposition wird das Bein langsam in Abduktionsstellung gebracht. Dann Gipsverband und Kontrolle der Stellung durch Röntgenaufnahme. Gegen die geringgradige Abduktionsstellung Calots macht Verf. den Einwand, dass diese Position wohl für den normalen Schenkel günstig sei, aber nicht für die Anteversionsstellung des Luxationsfemurs. Bei jüngeren Kindern genügt eine Fixationsperiode in dieser Abduktionsstellung, bei älteren muss in einem zweiten Verband die Stellung etwas korrigiert werden. Eine weitere Nachbehandlung hält D. für unnötig. Bei Reluxationen nach vorn soll man die Kinder erst eine Zeit lang frei herumlaufen lassen und dann die Reposition wiederholen. Die Grenze der Repositionsmöglichkeit setzt D. für einseitige auf 10 Jahre, für doppelseitige auf 6 Jahre fest, doch hat Verf. unter 11 älteren Fällen noch 7 anatomische Einrenkungen erzielt. Von den einseitigen insgesamt zeigten 93,26 % funktionell und 90,38 % anatomisch gute Heilungen, die doppelseitigen dementsprechend 82 % und 71,4 %. In 9 älteren Fällen wurde die Lorenz'sche Inversion mit befriedigendem Resultate ausgeführt.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

45) **Damany** (Rennes). Le traitement rationel des luxations congénitales de la hanche. (Die rationelle Behandlung der angeborenen Hüftluxation.)

Revue de chir. Bd. 37. Nr. 4. S. 430.

D. bespricht an der Hand der Statistiken die Erfolge der sonst geübten Methoden und weist darauf hin, dass nur anatomische Reposition eine gute Funktion ergeben kann. Exzentrische Repositionen und Transpositionen werden weiterhin nie besser, sondern höchstens schlechter. Die von D. geübte Methode besteht in Reposition in Narkose und Fixation in starker Flexion und Abduktion. Danach wird dem Kind ein Apparat angelegt, welcher bloss solche Bewegungen des Beines zulässt, bei denen eine Reluxation nicht eintreten kann. Ein anderer Apparat soll in geeigneten Fällen auch



die Detorsion des Femur befördern. Die erste Fixationsperiode soll bei einseitigen Luxationen drei, bei doppelseitigen vier Monate betragen. Die Beschaffenheit der primären Pfanne ist von grosser Wichtigkeit, es hängt davon die Möglichkeit der Reposition ab. In manchen Fällen ist die Detorsion des Femur nicht zu erreichen, aber doch eine Heilung in brauchbarer Stellung. Osteotomien zur Korrektur der Anteversion verwirft Verf. Die definitive Entscheidung über die Repositionsfähigkeit einer Luxation gibt der Versuch der Einrenkung, welche Verf. durch Zug am gebeugten und eventuell abduzierten Bein, wenn nötig mit Unterstützung mehrerer Helfer, und durch Druck auf den Trochanter bewerkstelligt. Die Grenze der Repositionsfähigkeit liegt bei der einseitigen Luxation bei ca. 10 Jahren, bei der doppelseitgen schon in früherem Alter. Von der blutigen Operation rät D. auf Grund von 5 Versuchen bei drei Patienten ab wegen der Gefahr des Eingriffes und der Unsicherheit des Erfolges. Eine Nachbehandlung hält Verf. für unnötig, da die Mobilisation in seinen Apparaten genügend stattfinde. Das Hinken muss sich völlig verlieren; ist bei doppelseitiger Luxation die Reposition nur auf einer Seite gelungen, so tritt keine Besserung des Hinkens ein. Eine wesentliche Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens hat D. nie beobachtet. Als unangenehmste Komplikation sah Verf. an den Knochenvorsprüngen Decubitus besonders bei doppelseitigen Luxationen auftreten. Zur Vermeidung dieser Unannehmlichkeit empfiehlt er kleine mit Spreu gefüllte Polster zu verwenden. Dass die Kontrolle durch Röntgenaufnahmen unerlässlich ist, wird ja wohl allgemein anerkannt. Eine völlige Heilung muss sowohl klinisch wie röntgenographisch einwandfrei festgestellt werden. In Bezug auf das Endresultat unterscheidet D. 1. völlige Heilung, 2. Reposition ohne Detorsion des Femur, 3. zu hohe Reposition, 4. Transposition und schliesslich 5. völligen Misserfolg. Nach dieser Einteilung hatte D. bei 50 Hüften, die sich auf 35 Individuen verteilten (20 einseitige, 15 doppelseitige), 40 anatomische Heilungen, 3 Repositionen ohne Detorsion des Femur, 4 hohe Repositionen, 2 Transpositionen und einen völligen Misserfolg. Von den einseitigen Luxationen wurden 12 geheilt, von den doppelseitigen gelang die Reposition bei 13 auf beiden Seiten. Verf. betont, dass man frühzeitig die Behandlung einleiten, exakt reponieren und den Kopf in der Pfanne fixieren müsse. Ausserdem müsse man auch für die Detorsion des Femur sorgen. Zum Schluss folgen die Krankengeschichten der 35 unblutig sowie der 3 blutig behandelten Fälle nebst zwei Beobachtungen über irreponible Luxationen.

Ottendorff - Hamburg-Altona.



46) **Bade** (Hannover). Mitteilungen aus dem Gebiete der angeborenen Hüftgelenksverrenkung.

Zeitschr. f. orthop. Chir. XX. Bd., S. 592.

B. hatte Gelegenheit bei einem Neugeborenen bereits am zweiten Lebenstage eine doppelseitige Hüftluxation festzustellen und auch zu reponieren. Ebenso liessen sich die gleichzeitig bestehenden Knieluxationen und Hackenfüsse leicht redressieren. Die Korrektur wurde durch Anwickeln einer entsprechend gestalteten Schiene erhalten, wobei sich die normalen Verhältnisse so rasch herstellten, dass schon nach acht Tagen keine Reluxation mehr eintrat. Verf. glaubt in diesem Falle eine mechanische Entstehung der Luxation annehmen zu müssen. Der gute Erfolg spricht dafür, wenn möglich, die Behandlung der Hüftluxation frühzeitig in Angriff zu nehmen.

Ein weiterer Fall von Hüftluxation war mit kongenitalen Klumpfüssen kombiniert. Da das Kind schon nahe der Grenze des repositionsfähigen Alters stand, so wurde die Behandlung beider Affektionen gleichzeitig begonnen und mit gutem Erfolg zu Ende geführt.

Dass eine Luxation der Hüfte bei gleichzeitig vorhandener Poliomyelitis angeboren sein kann, ist möglich, doch spricht das Röntgenbild und die leichte Repositionsfähigkeit bei dem dritten von B. beschriebenen Fall für eine paralytische Verrenkung. Ausserdem war die kleine Patientin im Stande selbsttätig durch Anspannung der Glutäalmuskulatur in Abduktionsstellung des Beines den Kopf zu reponieren. Der vorhandene paralytische Klumpfuss wurde durch Sehnenüberpflanzung korrigiert, die Luxation reponiert, ohne dass späterhin eine Reluxation eintrat. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

47) **Edmonson.** A method of treating fracture of the femur in the newly born.

British medical journal 1908. Nr. 2482.

Ohne Schiene wird das gestreckte Bein mit der Vorderseite an das Abdomen festgebunden, so dass der Fuss über die Schulter zu liegen kommt, die Zwischenräume werden gut gepolstert, die Frakturstelle und der Fuss bleiben frei. Nach 3 Wochen ist Heilung eingetreten ohne nachbleibende Verkürzung oder Funktionsstörung. **Mosenthal**-Berlin.

48) **Meissner.** Die Frakturen beider Femurkondylen.

Beiträge z. klinischen Chirurgie. 58. Bd., 1. H., S. 216.

Mitteilung von fünf T- und Y-Brüchen der Femurkondylen, die im ganzen selten sind (21 Fälle aus der Literatur), unter



Wiedergabe der Röntgenbilder. Es handelt sich um 4 subkutane und 1 komplizierte Fraktur, die Patienten zwischen 50. und 70. Jahr betreffen. Einmal entstand die Verletzung durch direkte Gewalteinwirkung, zweimal durch Fall auf's Knie, zwei Fälle sind nicht genau aufgeklärt. Der Mechanismus ist kein einheitlicher, es kann sich sowohl um Stauchung und Torsion, als auch um Biegungsbrüche handeln. 1 Fall endete letal, von den 4 geheilten hat nur einer ein zufriedenstellendes funktionelles Resultat erlangt. Die Behandlung bestand in Extensionsverbänden, einmal in der Anlegung eines Gipsverbandes.

Leichenversuche führten zu dem Ergebnis, dass es sich bei dem Zustandekommen dieses Bruches nicht um eine Keilwirkung der Patella handeln kann, die früher selbst zersplittern würde, sondern um die Wirkung einer Gewalt, die an der Tuberositas tibiae ansetzt gegen die Längsrichtung des Femur zu.

Primär entsteht die Längsfraktur, sekundär die suprakondyläre Bruchlinie. Die Bedeutung der Verletzung als Gelenkfraktur ist bedingt durch die Möglichkeit der Gelenkvereiterung und sekundär in dem Auftreten arthritischer Prozesse. Infolge stärkerer Dislokation kann es zu Verletzungen an den Gefässen und Nerven in der Kniekehle kommen. Interposition von Muskulatur oder zerrissenen Kapselteilen erschweren und vereiteln die Heilung.

Die Diagnose ist schwierig und mit Sicherheit nur durch das Röntgenbild zu stellen. Die Prognose ist ernst. Die Behandlung hat nach gehöriger Reposition in Extension zu bestehen. Grosse Erwartungen werden dabei auf die Zuppingersche Methode gesetzt.

Lindenstein-Heidelberg.

49) **Wrede** (Königsberg). Die Behandlung veralteter Kniescheibenbrüche.

Med. Klinik. 1908. Nr. 47. S. 1793.

Bei veralteten Brüchen mit Funktionsstörung ist unbedingt die Naht nötig, wenn nicht als Notbehelf orthopädische Apparate getragen werden.

Verf. teilt die Operationen, die in Betracht kommen können, ein in solche, die die direkte Vereinigung der Fragmente anstreben, eventuell unter Mobilisierung derselben, und solche, die die Quadrizepskraft indirekt auf den Unterschenkel übertragen (durch Herstellen des Reservestreckapparates — Vernähen der Kapselrisse).

Die Naht muss in allen Fällen bei völliger Streckung im Knie und rechtwinkliger Beugung im Hüftgelenk vorgenommen



werden, weil dadurch der Ansatzpunkt des Rectus femoris dem Unterschenkel genähert wird, und das obere Fragment so am besten herunterzuziehen ist.

Nach Bergmann kann das untere Fragment mobilisiert werden, indem man die Tuberositas Tibiae mit dem Ansatz der Sehne abmeisselt. Die Tub. Tib. heilt später etwas höher oben wieder an die Tibia an.

Wenn grosse Diastasen zu überbrücken sind, so empfiehlt es sich plastische Operationen vorzunehmen, z. B. Knochenplastik nach Rosenberger, Helferich (mazerierte spongiöse Knochenstücke), J. Wolff, Muskelplastik nach Schanz. Letztere wurde auch vom Verf. in dem mitgeteilten Fall eigener Beobachtung angewendet.

Für die Splitterbrüche kommt als Operation nur die Muskelplastik in Betracht. **Manhold**-Heidelberg.

50) **Desguin** (Antwerpen) Nouvel appareil de réduction et contention des fractures obliques de la jambe. Ein neuer Apparat zur Reposition und Fixation der Schrägfrakturen des Unterschenkels.

La médecine des accidents du trav. Bd. V. Nr. 6. S. 161.

Da die sonst üblichen Verfahren zur Behandlung der Frakturen spez. der Schrägfrakturen des Unterschenkels dem Verf. keine zufriedenstellenden Resultate ergaben, so hat D. einen Apparat konstruiert, der die exakte Reposition und Fixation dieser Brüche erreichen soll. Es besteht dieser Apparat in einer Schraubvorrichtung, deren beide Enden je in einer Gipsmanschette befestigt sind, deren eine oberhalb der Malleolen, deren andere unterhalb der Tibiakondylen ihre Stütze findet. Durch die Schrauben, die sowohl der Längsachse des Gliedes parallel, wie auch schräg eingestellt werden können (letzteres um auch eine Detorsion erreichen zu können) werden die beiden Gipsmanschetten resp. Malleolen und Tibiakondylen gegen einander extendiert. Verf. empfiehlt diese Prozedur vor dem Röntgenschirm vorzunehmen, um einer guten Stellung der Fragmente sicher zu sein, auch soll der Apparat möglichst bald nach dem Unfall, vor dem Auftreten der Schwellung angelegt werden. D. rühmt seinem Apparat nach, dass er die Gelenke vollkommen frei lasse und auch die Funktion der Muskeln nicht behindere und trotzdem die Fragmente sicher fixiere.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

51) **Nason.** Dislocation at the ankle.

British medical journal 1908. Nr. 2476.

Beschreibung eines seltenen Falles von Luxation des Fusses



nach hinten und innen. Der Talus war nach vorn unter die Haut luxiert und um seine Achse gedreht. Durch Drehung des Fusses nach unten, vor und auswärts gelang, während die Daumen den Talus nach hinten drückten mit grosser Kraftaufwendung, die Reposition. Die Malleolen waren nicht gebrochen. **Mosenthal**-Berlin.

52) **E. G. Abbot** und **H. A. Pingree** (Portland). Die Wiederherstellung der normalen Fussstellung.

II. Teil. Die Behandlung schwacher und platter Füsse mit Hilfe von mechanischer Unterstützung des Gewölbes.

New-York Medical Journal. 23. Mai 1908.

Der 2. Teil der Arbeit enthält eine Kritik der hauptsächlichen in Amerika verwandten Einlagen, besonders der bekannten Whitmanschen und des Herstellungsmodus derselben. Die Verfasser geben zum Schluss eine neue Einlage an, welcher nach ihrer Ansicht am besten sich der Form des normalen Fussskelett-Gewölbes anpasst, wie sie von den Verfassern durch exakte Untersuchungen mit Hilfe von Gipsabgüssen gefunden worden ist. Die Form der Einlage sowohl wie ihre Herstellung lässt sich nicht kurz referieren, sondern muss an der Hand der Illustrationen studiert werden. Die Arbeit ist sehr lesenswert.

III. Teil. Operative Methoden bei der Behandlung von schwachem oder flachem Fuss an den Sehnen der Muskeln, welche normalerweise die Bewegungen des Fussgewölbes bewirken, zum Zweck der Korrektion der Deformität.

New-York Medical Journal. 6. Juni 1908.

Die Autoren empfehlen zur radikalen Beseitigung der gen. Deformitäten folgendes operatives Vorgehen: Subkutane Tenotomie der Achillessehne, sowie der Peronealsehnen, darauf Verkürzung beider Tibialis-Sehnen, Gipsverband über Fuss, Unterschenkel und Oberschenkel bei stark supiniertem Fuss und flektiertem Knie auf 4 Wochen, danach Massage und passive Bewegungen, eine Woche darauf darf der Patient mit Einlagen gehen. Die Verfasser berichten über einen Fall, bei dem das durch die Operation gewonnene Resultat 12 Wochen nach dem Eingriff Stand gehalten hat.

Böhm-Berlin.

53) **Hübscher.** Die Behandlung des kontrakten Plattfusses im Schlaf.

Zentralblatt für Chirurgie. 1908. Nr. 42.

Ausgehend von der Beobachtung, dass während des natürlichen Schlafes der reflektorische Muskelspasmus verschwindet, legte H. beim Schlafengehen ein Fussbrettchen an den Fuss, an dem zwei



elastische Züge befestigt sind, die an einem Haken, der durch Leukoplast anbandagiert ist, eingehängt werden. Durch den Zug des inneren Zügels kann der Fuss in beliebig starke Supination gebracht werden. H. gibt dann sofort Zelluloideinlagen nach Lange, da die Kontraktur des Fusses schon am anderen Morgen verschwunden ist. **Meyer**-Heidelberg.

54) **v. Oettingen** (Berlin). Ueber die Behandlung des Klumpfusses beim Säugling durch den praktischen Arzt.

Med. Klinik 1908. Nr. 47. S. 1785.

Vortragender stellt es als einen Fehler hin, den Klumpfuss mit gestrecktem Knie zu verbinden, es soll im Verband rechtwinklig flektiert werden; dadurch kann die Fusssohle durch Binden gegen die Vorderseite des Oberschenkels fixiert werden.

Den Gipsverband verwirft v. O. als schnürend, belastend und umständlich zu entfernen. Er empfiehlt seine Mastixlösung und Barchent- oder Köperbinden.

Die Behandlung soll womöglich schon am ersten Lebenstage vorgenommen werden.

Sie besteht in Redression, die möglichst langsam vorgenommen werden soll, nach der Uhr, 5 Minuten Dauer.

Darauf Verband. Bestreichen des Füsschens, der Aussenseite des Unter- und der Vorderseite des Oberschenkels mit Mastixlösung Der Assistent hält den Oberschenkel und die Mittelzehe.

Der Anfang der Binde kommt auf den Fussrücken, Bindentour von aussen nach innen um den Fuss. Dann von der Aussenseite des Fusses hinauf nach dem Oberschenkel (längs der Fibula), um diesen herum nach der Innenseite der Kniekehle. Spiralig um die Wade herum nach der Innenseite des Fusses. Dann wieder Bindetouren wie im Anfang.

So wird erreicht: Pronation, Aussenrotation, Abduktion und Dorsalflexion.

v. O. macht einen solchen Verband für 2 Tage, einen zweiten für 5 Tage. Dann folgt eine 4 tägige verbandlose Zeit.

Nach 4 solchen Verbandetappen soll der Klumpfuss normal stehen. Es folgt die Nachbehandlung durch Massage von Seiten der Mutter (Streichen am äusseren Fussrand von der kleinen Zehe hackenwärts unter Druck) und Anlegen eines vom V. angegebenen Gummiriemens, der den Fuss nach dem Prinzip des früher gebrauchten Verbandes fixiert.

Das Abrutschen des Riemens vom Oberschenkel über das Knie soll durch eine Bandvorrichtung vermieden werden. **Manhold**-Heidelberg.



55) **Dillens.** The Technique of Tarsectomic for Talipes.

British medical journal 1908. Nr. 2492.

Verfasser hat die unblutigen Redressionen beim Klumpfuss meist verlassen, da nach seiner Meinung die Adduktion des Vorderfusses oft fast unmöglich zu beseitigen ist, und zu Rezidiven neigt. Er befürwortet die Tarsektomie, die er fast ausschliesslich anwendet. Seine Operationsmethode weist einzelne Neuheiten auf. Er macht zwei bogenförmige Inzisionen am Fussrücken von der Mitte bis hinter den äusseren Malleolus, zwischen denen er das Hautstück exzidiert. Nachher wird der Talus stückweise exstirpiert und ein reichliches Stück der vorderen Tuberositas des os calcanei reseziert; die Schnittfläche muss quer sein. Wenn jetzt der Vorderfuss nach allen Richtungen unbehindert beweglich ist, wird er nach aussen und oben rotiert und dort nach Verkürzung der Peronei mittelst Heftpflasterbandage fixiert. Bis zur Vernarbung (3 — 4 Wochen) bleibt diese Bandage liegen und nach einem Monat beginnt der Patient in einem geeigneten Schuh zu laufen.

Verfasser rät diese Methode bei allen älteren Klumpfüssen auszuführen, bei kleinen Kindern dann, wenn die Adduktion des Vorderfusses sehr stark ist, oder wenn die Redression nur mit grosser Anstrengung gelingt. Das Zurückbleiben des Fusses im Wachstum sei geringer, wie gewöhnlich angenommen werde. In der Diskussion über den Vortrag präzisiert Starr (Toronto) seinen Standpunkt: Pflasterverbände bis 1 Jahr, Tenotomie bis 6 Jahr und später Tarsektomie. Championnière hat die besten Resultate nach Tarsektomie.

Mosenthal-Berlin.

56) **Bérard** u. **Rendu** (Lyon). Hallux varus acquis avec clinodaktylie interne des autres orteils.

Revue d'orth. 1908. Nr. 5. p. 411.

Einer 60jährigen Frau war vor 4 Jahren ein 2 kgr.-Gewicht auf die rechte grosse Zehe gefallen. Im Anschluss daran wurde dieselbe langsam in Varusstellung gezogen, so dass sie mit der Fussaxe fast einen rechten Winkel bildete. Die anderen Zehen passten sich der Stellung an. Wie das Röntgenbild zeigt, liegt neben einer rarefizierenden Ostitis der Metatarsalia und Phalangen-Osteophytenbildung nach Art der Arthritis deformans vor, Spornbildung des Metatarsale I und unregelmässige enorme Vergrösserung der Ossa sesamoidea. Gang ohne Schmerzen, der Schuh hat für den Durchtritt der grossen Zehe an der entsprechenden Stelle ein Loch. Hin und wieder Schmerzanfälle.

Ewald-Hamburg.



Kongressberichte, Vereinsnachrichten etc.

57) ## Sitzung der Niederländischen Orthopädischen Gesellschaft

vom 29. November 1908 in Amsterdam.

Vorsitzender: C. B. Tilanus.
Schriftführer: J. A. van den Broecke.

Tilanus demonstriert einen Fall von Halsrippe bei einem Mädchen, das wegen Schmerzen in der Hand zur Behandlung gekommen war. Beiderseits wurden Halsrippen gefunden, rechts eine komplete, links eine inkomplete. Auf Massage verschwanden die Schmerzen bald. T. weist darauf hin, dass solche Fälle oft Anlass zu Beschwerden geben, weil nach den Pubertätsjahren die Ossifikation des Knochengerüstes zu stande kommt und die Plexusnerven leicht gedrückt werden. In Holland sind in einer Abhandlung über Halsrippen von Winkler von Rotgans operierte Fälle veröffentlicht worden.

Die Operation ist nicht immer leicht. Die Rippe muss gründlich samt dem Periost entfernt werden, dabei besteht die Gefahr der Läsion von Arterie, Nerv oder Pleura, die in diesen Fällen sehr hoch hinaufgeht.

Da beim vorgestellten Mädchen seit Wochen keine Störungen mehr eingetreten sind, so will T. noch mit der Operation warten.

Weiter demonstriet T. ein Kind von einigen Monaten mit Fibuladefekt und nur 3 Zehen an einem Fuss. T. hat mehrere solche Fälle behandelt und kam immer mit einem Apparat aus. Speziell bei einseitigem Defekt ist die enorme Verkürzung das störendste Symptom.

Drittens zeigt T. ein Kind mit doppelseitigem angeborenen Schulterblatthochstand, einer Variation der Sprengelschen Deformität, zum ersten Mal von Milo beschrieben. Diese Fälle sind sehr selten. Ein Radiogramm präzisiert den Zustand. T. will versuchen, durch Gymnastik Besserung zu erhalten.

Ein vierter Fall betrifft ein Kind mit angeborenem Pes valgus, Pes varus und Polydaktylie.

Es gibt primäre und sekundäre angeborene Klumpfüsse. Wenn man beim Pes varus andere Deformitäten, wie hier Polydaktylie, findet, denkt man meist an primäre Entstehung. Wenn man aber die intrauterine Lagerung der Füsse rekonstruiert und genau sieht, wie die Füsse, Beinchen etc. auf einander passen, so neigt man mehr zur Ansicht, dass hier ein sekundärer Pes varus, eine intrauterine Belastungsdeformität, vorliegt.

In der Diskussion teilt Milo mit, dass er keinen zweiten Fall



von angeborenem Schulterblatthochstand behandelt habe. Sein Fall zeigt den gleichen Typus wie der von T. vorgestellte.

K. A. Laan (Utrecht) spricht über die Behandlung paralytischer kindlicher Extremitäten. Die Sehnentransplantation ist von grossem Wert, hat aber neuerdings weniger Anhänger als früher. Wichtig ist die genaue Indikationsstellung, genaue Operationswahl und mit Geduld geübte Nachbehandlung. Die elektrische Untersuchung hat wenig Bedeutung. Die Operation sollte nicht vor dem 5. Lebensjahr ausgeführt werden. Redressieren sollte man bald und genau, im Notfall soll auch der Meissel benutzt werden.

L. bespricht die verschiedenen Methoden bei der Behandlung, wie sie für verschiedene Gelenke von Lorenz, Hoffa, Vulpius u. a. angegeben worden sind, vergleicht Sehnentransplantation und Arthrodese, erwähnt auch die Sehnenfixation (Tenodese). Grösste Akkuratesse und strenge Aseptik sind erforderlich bei den Operationen Bei der Nachbehandlung spielt nach 4—6 wöchentlicher Bettruhe der Gipsverband eine grosse Rolle, der dann noch 3 Monate als Gehverband getragen werden sollte. Oefters ist er durch Apparate zu ersetzen.

In der Diskussion hebt Tilanus hervor, dass die von ihm zuerst ausgeführte und beschriebene Operation der Sehnenfixation später von Reiner Tenodese genannt wurde und, wie auch Wilms betont hat, von grosser Bedeutung für die Behandlung der Paralysen zu sein scheint.

T. selbst macht gegenwärtig Arthrodesen bei kompleter Lähmung des Schulter-, Knie- und Ellenbogengelenks. Sehnentransplantationen nur bei ganz partiellen Lähmungen. Am meisten Sehnenfixationen bei ausgedehnten Lähmungen des Fusses (Pes varus, valgus, calcaneus u. s. w.) des Knies, der Hand.

Van Breemen (Amsterdam) betont den Wert der physikalischen Therapie, er findet es verkehrt, die gelähmten Kinder mit Gipsverbänden gehen zu lassen, und verlangt regelmässige Uebungen der gelähmten Teile. Wenn auch langsam, so hat v. B. doch vorzügliche Resultate mit seiner Methode erzielt.

De Smitt hält viel von der Apparatotherapie.

Zum Schluss bespricht Milo (Haag) „Das Ausüben von orthopädischer Gymnastik, Massage u. s. w. durch Nichtärzte“. Diese Frage wird einer Kommission übergeben, die darüber eine Enquête vornehmen soll.

58) **Umber** (Altona). Aerztlicher Verein in Hamburg. 12. I. 1909. Zur Pathologie und Therapie der Gicht.

In der Diskussion demonstriert Deneke mehrere Gelenk-



präparate. wo man die Uratablagerungen schön sehen kann. In mikroskopischen Präparaten sind diese Ablagerungen auch in dem periartikulären Gewebe zu konstatieren. Bezgl. der Therapie des Gichtanfalls rät D., das Glied nur möglichst kurze Zeit ruhig zu stellen.

Preiser weist darauf hin, dass nicht jeder Zehenschmerz Gicht sei: man könne häufig bei beginnendem Plattfuss eine Schwellung der 2., 3., 4. und 5. Zehe am Grundgelenk beobachten, und zwar namentlich an dessen medialer Seite (Ansatz der medialen Interossei!) Hier liegt ein auf eine statische Anomalie zu beziehendes Leiden vor, das bei deren Beseitigung (Einlage!) verschwinde.

Am Grosszehengrundgelenk dagegen handle es sich um das bekannte Bild des Zipperleins. Doch kommen auch an der lateralen Seite des ersten Metatarsalköpfchens pyramidenförmige Exostosen vor, die auch bei Gesunden bestehen können, ohne Erscheinungen zu machen, die aber leicht Ablagerungsstellen für Urate abgeben können, da sie durch die vorausgehende Gelenkschädigung (Hallux valgus infolge spitzer Stiefel!) für Gicht disponiert werden.

Lenhartz betont ebenfalls, dass die Diagnose »Gicht« oft nicht mit der genügenden Sorgfalt gestellt werde. Bezgl. der Therapie sind die Bewegungskuren jeder anderen Behandlung voranzustellen.

Ewald-Hamburg.

59) **Jovane e Pace** (Napoli). Influenza delle capsule surrenali nel rachitismo.

VI. Congresso di Pediatria Italiana 2—6. ott. 1907.

Durch klinische und experimentelle Untersuchungen wollten Verff. studieren, ob die Nebennieren einen besonderen Einfluss auf die normale Skelettentwicklung und folglich auf den Rachitismus hätten.

Bei 11 Kindern mit deutlichsten Merkmalen von florider Rachitis wurde auf subkutanem Wege die 1‰ige Adrenalinlösung zur Anwendung gebracht, und bei allen rief das Adrenalin unzweifelhaft Besserung in dem floriden rachitischen Prozess hervor, indem es hauptsächlich den Muskeltonus stärkte. **Buccheri**-Palermo.

60) **Rocchini** (Mailand). Un caso di osteomalacia guarito colle iniezioni di adrenalina secondo il metodo Bossi.

Il Polichinico. A. XV, fasc. 28.

Der Fall ist höchst interessant, sowohl durch das rasche Verschwinden der subjektiven Symptome wie durch die wiedererlangte Knochenmuskelfunktion. **Buccheri**-Palermo.



61) **Glässner.** Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien. 4. Juni 1908.

Deutsche med. Woch. 1908. Nr. 45. p. 1963.

Ein 52jähr. Pat. bemerkt seit mehreren Jahren ein Grösserwerden des Kopfes und Steifigkeit des Halses. Später frakturiert die linke Clavicula und die linke Patella. Der Schädel ist asymmetrisch, die Halswirbelsäule kyphotisch und ankylotisch, das Kinn berührt fast das Sternum. Am linken Humerus befindet sich eine mächtige Hyperostose. — Bild der Pagetschen Knochenerkrankung. Die unteren Extremitäten sind frei.

Ewald-Hamburg.

62) **Carnot u. Bonniot.** Société médicale des hôpitaux. 15. I. 1909.

Gaz. des hôpitaux 1909. 7. p. 78.

Vorstellung zweier Kranker von 24 und 28 Jahren, die zahlreiche Exostosen an den Extremitätenknochen, namentlich in der Nähe der Gelenke, haben. Bruder, Vater und Grossmutter väterlicherseits sind von demselben Leiden befallen. Die Röntgenbilder zeigen stalaktiten- und schnabelförmige Exostosen, ausserdem eine enorme Verdickung einzelner langer Knochenepiphysen (Femur, Humerus). Bei einem Patienten haben sich die Erscheinungen bereits wieder etwas zurückgebildet.

Ewald-Hamburg.

63) **Pfister.** Aerztlicher Verein in Hamburg. Biologische Abteilung. 2. III. 1909.

Ueber die traumatisch entstandenen peri- und paraostalen Ossifikationen.

Alle Bindegewebsabkömmlinge, ausser dem Periost also auch Sehnen und Muskelbindegewebe, können ossifizieren, es ist dazu nur Nekrose und Kalkablagerung nötig. Doch handelt es sich bei diesen traumatischen Knochenbildungen nicht um Geschwülste (Osteome) sondern um einfache hyperplastische Vorgänge, die sich histologisch mit dem paraostalen Kallus vergleichen lassen, weshalb König dafür den Namen „frakturlose Kallusbildung" gefunden habe. Die Diagnose dieser Ossifikationen sei mit Hilfe des Röntgenbildes leicht, manchmal können allerdings Verwechslungen mit abgesprengten Knochenstücken vorkommen. An Röntgenbildern werden derartige Ossifikationen in der Ellenbeuge und am Oberschenkel gezeigt. Näher wird auf den von Stieda und Vogel beschriebenen streifenförmigen Schatten am Epikondylus med. fem. eingegangen, der von diesen beiden Autoren als Absprengung gedeutet worden ist. Pf. kann an Serien zeigen, wie



das Gebilde in kurzer Zeit verschwinden kann (es handelte sich um ein jugendliches Individuum), und wie auch der Schatten gleich nach dem Unfall nicht vorhanden zu sein braucht (also keine Absprengung!), sondern erst allmählich zum Vorschein kommt.

In der Diskussion bemerkt Preiser, dass er in 6 Jahren 8 mal diesen Schatten am inneren Femurkondylus beobachtet habe. Immer habe eine auf das Knie einwirkende Gewalt das Bein in genu valgumstellung gebracht, so dass er vermutete, dass es sich um eine Abreissung von Periost handelte, das erst einige Zeit nach dem Unfall verknöchert sei. An Leichenversuchen konnte P. durch gewaltsame Herstellung eines Genu valgum einen Abriss des Lig. collaterale tibiale mit dem am Kondylus med. befindlichen Periost darstellen. An der einen Röntgenbildserie Pfisters demonstriert Preiser, wie der Schatten an der typischen Stelle zunächst nicht vorhanden ist und auf späteren Aufnahmen immer deutlicher und grösser hervortritt. Dass es sich um eine wirkliche Abreissung handelte, geht aus der langen Persistenz des Gebildes hervor. In seinen Fällen sei der Schatten erst nach sehr langer Zeit verschwunden.

König neigt — ohne die Preiser'sche Entstehungsmöglichkeit leugnen zu wollen — doch mehr der Auffassung von der paraostalen Entstehung zu; bei Abreissung des lig. collat. tib. müsste doch seitliche Beweglichkeit im Kniegelenk vorhanden sein, auch könne bei Abreissungen das Gebilde nicht wieder verschwinden. Preiser erwidert, dass diese tatsächlich in einigen frischen Fällen vorgelegen habe; doch könnten ja die ligg. cruciata das Kniegelenk immer noch genügend fixieren. — Die Tatsache des Verschwindens des Schattens erklärt P. aus der bei jeder Fraktur erkennbaren Tendenz des Kallus zur Resorption.

Einstein fragt, ob man auch die gesunde Seite radiographiert habe, da dies vom Standpunkt der Unfallgesetzgebung wichtig sei. In einem Fall sei auf Grund des Röntgenbildes eine Ellenbogenfraktur diagnostiziert worden, und dabei seien auf der gesunden Seite dieselben Knochenveränderungen, Ossifikationen am proc. coronoideus und am Olecranon (Trizepssehne) gefunden worden. Haenisch bestätigt dies.

Pfister tritt der Auffassung Preisers (Abreissung) entgegen, denn der fragliche Schatten werde viel höher gefunden, als das Lig. collaterale reiche, und zeige eine nach oben gehende Vergrösserungstendenz. Vogel habe die Ossifikation bei der Operation auf dem Adduktursehnenansatz gefunden. Ewald-Hamburg.



64) **Vogelmann.** Medizinische Gesellschaft in Zwickau. 16. Juni 1908.

Deutsche med. Woch. 1908. Nr. 44. p. 1913.

V. spricht über die Behandlung isolierter tuberkulöser Knochenherde. Bei einem lokalen Tibia- und Kalkaneusherd wurde alles Krankhafte entfernt und die Knochenhöhlen füllten sich — wie das Röntgenbild zeigt — mit gesundem Knochen aus. Bei einer Spondylitis, bei der sich radiographisch ein erbsengrosser Sequester im 4. Lendenwirbel nachweisen liess, wurde ein Stützkorsett getragen mit dem Erfolge, dass nach einem Jahr der Sequester verschwunden war. Eine lokale Karies der Patella wurde konservativ behandelt, nach einem Fall aufs Knie bildete sich eine Kniegelenkstuberkulose heraus. Vortr. schliesst, dass isolierte Knochentuberkulosen chirurgisch zu behandeln seien, da auch nach scheinbarer Heilung nach Jahren der Prozess wieder aufflackern kann.

In der Diskussion bemerkt Gaugele, dass man nur isolierte Herde aktiv angreifen solle; im Uebrigen soll man sich der Tuberkulose gegenüber konservativ verhalten. **Ewald**-Hamburg.

65) **Kaposi.** Schlesische Gesellschaft für vaterländische Kultur zu Breslau. 11. X. 1908.

Berl. klin. Woch. 1909. 2, p. 83.

K. demonstriert zwei Fälle von Knochencysten.

1. 15j. Mädchen, vor $1^1/_2$ Jahren Femurfraktur, die unter Extensionsbehandlung ausheilte. $^3/_4$ Jahre später Fraktur an der gleichen Stelle. Röntgenbild ergab Cysten vom Trochanter major und minor abwärts. — Resektion der Cysten und Einpflanzung eines Elfenbeinstiftes von 22 cm Länge. Letzterer wurde später wieder entfernt, da Fistel. Resultat: Verkürzung von 4 cm, ausreichende Beweglichkeit im Hüftgelenk, Neubildung des Trochanter.

2. 9j. Junge, nach Verletzung der Schulter Knochencyste am Oberarm. Beweglichkeit besserte sich spontan.

K. ist der Ansicht, dass es sich um eine entzündliche Affektion handle (Osteodystrophia cystica v. Mikulicz).

Tietze meint in der Diskussion, dass es sich in allen Fällen um eine Ostitis fibrosa handle. Anführung von Krankengeschichten

Gottstein betont, dass er als erster die Ansicht von der Ostitis fibrosa ausgesprochen hat. Er hält diese der Osteomalacie und der Spätrachitis für nahestehend.

Coenen bemerkt, dass Irrtümer mit Sarkom schwer zu vermeiden seien, da die histologische Untersuchung gleiche Befunde ergibt.

Ewald-Hamburg.



66) **Tusini.** Esiti remoti di operazioni osteoplastische per lesioni ossee ed articolari.

XXI Congresso della società italiana di chirurgia. (Roma 27—28 ottobre 1908.)

Tusini legt die Radiographien und Photographien eines Individuums im Alter von 20 Jahren vor, bei dem er zu einer so ausgedehnten Resektion des Ellenbogens hatte schreiten müssen, dass sie sehr hoch in das untere Ende der Diaphyse des Humerus fiel; gleichzeitig hatte er wegen einer jeder konservativer Behandlung trotzenden Tuberkulose eine Resektion des oberen Diaphysenendes ausführen müssen. Da beim Vorgehen mit gewöhnlicher Technik wieder ein Schlotterarm zurückgeblieben wäre, beliess er eine kleine Randknochenleiste der Diaphyse des Humerus mit ihrem Periost und machte nach Sicherung der Heilung des tuberkulösen Prozesses die Metallnaht dieser Leiste mit den Stümpfen des Radius und der Ulna. Trotzdem durch die beiden Humerusresektionen und die radioulnare Resektion eine Verkürzung von 10 cm zurückblieb, zeigen die Photographien das vollkommene Funktionsvermögen des operierten Armes und den Mechanismus des neuen Gelenkes.

Ebenso legt er zwei Radiographien von einem 4jährigen Mädchen vor, welches eine schwere Deformation der Radio-karpalgegend mit dorsaler Verlagerung der Hand und vorderer seitlicher Ellenbogenbildung des Radius in rechtem Winkel infolge früherer auswärts erlittener Epiphysenresektion des Radius zeigte. Er löste die Randlamelle des Radius mit ihrem Periost ab und konnte sie ohne Diskontinuität mit der Handwurzel in Kontakt bringen. Korrektion und Funktionsvermögen der Radiocarpalgegend perfekt.

Ein 21jähriges Individuum zeigte von Kind auf ein erhebliches Genu valgum mit angeborener Luxation der Kniescheibe nach aussen, und die im Alter von 4 Jahren gemachte Photographie des Pat. zeigt bereits damals die seitliche äussere Verschiebung der Patella durch die schwere Deviation des Unterschenkels nach aussen und die Torsion des Femurs nach aussen. Es wurde damals nicht das Redressement vorgenommen, und trotzdem die Kniedeformität etwas durch orthopädische Hülfsmittel korrigiert wurde, verblieb doch schwere totale Verlagerung der Kniescheibe nach aussen, wie die Radiographien vor der Operation zeigen. Es war ihm daher unmöglich gemacht, den Unterschenkel aktiv zu strecken.

Durch eine hakenförmige Inzision ähnlich der Kocher'schen für die Knieresektion machte Verf. zunächst die Knochenperiostablösung der Insertion der Patellarsehne und ihre Ueberpflanzung weiter nach oben innen auf der Vorderfläche des Tibiaendes, die partielle Teno-



tomie der Vasti und die Sehnenplastik des Rectus ant. Er konnte so die Kniescheibe und ihren Muskel-Sehnenapparat, welcher sich seit der Geburt in vollständiger seitlich-äusserer Umstellung befand, auf die Vorderfläche der Kondylenrolle zurückbringen. Da aber infolge der stattgehabten Deformationen des äusseren Kondylus und der schon erwähnten epiphysären Torsion nach aussen die Kniescheibe sich sicher nicht in dem neuen Sitz hätte halten können, bildete er, anstatt die Osteotomie und die Rotation der unteren Epiphyse nach innen zu machen, ein Knochen-Periost-Knorpelläppchen, das ohne es von seiner Basis abzulösen emporgehoben, vorn mit der Kapsel vernäht wurde, so dass ein sehr widerstandsfähiges seitliches Flügelchen erhalten wurde, das jedwede spätere Verschiebung der Kniescheibe nach aussen verhindern sollte. Der Erfolg war ein vollständiger. Pat. erlangte sehr gut wieder eine kräftige aktive Streckung des Beines, und die vier Jahre nach der Operation gemachten Radiographien zeigen, dass sich die Patella bei den verschiedenen Bewegungen des Knies in perfekter Lage erhält.

Weiter legt Redn. die Radiographie eines Individuums vor, welches vor mehreren Monaten eine Fraktur des unteren Gelenkendes der Tibia mit derartiger Rotation der Tibiagabel erlitten hatte, dass der Querdurchmesser zum sagittalen geworden war, mit Luxation des Astragalus nach aussen. Die Tibia verhinderte, auf dem Astraguswinkel ruhend, jede nützliche Bewegung des Fusses und gestattete nicht das Aufrechtstehen. In Anbetracht des Alters des Pat. und der ausgedehnten Veränderungen der verletzten Gegend in den auf das Trauma folgenden Monaten verzichtete Redn. auf die Epiphysenablösung, auf ihre Zurückführung in die normale Lage und die Einrenkung des Astragalus, wie bei einem dem Trauma näherliegenden Eingriff hätte geschehen müssen — vielmehr beschränkte er sich auf die Astragalektomie, indem er mit kleinen Meisselschlägen den Kalkaneuskörper der Gelenkfläche der Tibia in ihrer neuen Lage anpasste. Die lange Zeit nach der Operation aufgenommene Radiographie zeigt die kräftige Stütze und erklärt das von dem Fuss wiedererlangte vollständige statische Funktionsvermögen.

Ausserdem legt er die Radiographie eines Individuums vor, bei dem wegen höchst ausgedehnter Tuberkulose des Fusses eine weitgehende Resektion vorgenommen worden war.

Er resezierte das untere Gelenkende des Unterschenkels, exstirpierte den Astragalus, das Kahnbein, das Würfelbein, resezierte die Keilbeine und beliess von dem Kalkaneus nur eine dünne hintere untere Schale, an die er die Schnittfläche der Tibia anpasste. Er gab

so dem in normaler Stellung verbliebenen und sehr gut funktionierenden Fuss eine solide Stütze und die Radiographien zeigen, dass durch die erfolgte gute Verlötung der Knochenstümpfe des Vorderfusses mit den verbleibenden Stümpfen des Tarsus und der Tibia die Abplattung des Fusses eine minimale gewesen ist. Die Verkürzung wird sehr gut korrigiert durch diese leichte schiefe Stellung und durch einen Schuh mit nicht übermässig hohem inneren Absatz.

Zuletzt demonstriert er an der Hand von zwei Radigraphien die Regelmässigkeit, Solidität und vorzüglichen Funktionsverhältnisse eines osteoplastischen Amputationsstumpfes nach Szabanieff. Diese Methode verdient nach dem Redn., da sie sämtliche natürlichen Hilfsmittel der Mobilität und Statik des Amputationsstumpfes intakt erhält, ausgedehnter angewandt zu werden, als dies gegenwärtig der Fall ist.

Buccheri-Palermo.

67) **Heller.** Medizinischer Verein in Greifswald. 3. Juni 1908.
Deutsche med. Woch. 1908. Nr. 49. p. 2149.

Vortr. hat bei zwei Fällen Knochenplastiken zur Heilung von Pseudarthrosen nach Frakturen vorgenommen (Vorderarm und Humerus). Und zwar hat er nicht nur die Knochen-Enden angefrischt, sondern auch den Markraum aufgebohrt, um das Knochenmark zur Kallusbildung nutzbar zu machen. Ferner wurden die Fragmente dadurch vereinigt, dass einmal (Vorderarm-Pseudarthrose!) ein starker Magnesiumstab in die Markräume eingeschoben wurde, durch den die Enden gegen einander verzapft wurden. Bei der Humeruspseudarthrose wurde dazu ein Tibiastück und Periost verwendet, durch dessen Länge sich auch gleichzeitig die Verkürzung ausgleichen liess. Letztere Methode erwies sich hinsichtlich des Heilerfolges, der Kallusbildung und Konsolidierung als die bessere und stellt ein sehr aussichtsreiches Verfahren dar.

Ewald-Hamburg.

68) **Bätzner.** Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins. 15. Juni 1908.
Deutsche med. Woch. 1908. Nr. 39. p. 1697.

B. berichtet über die Erfolge, die in der Bierschen Klinik bei gonorrhoischen Gelenkentzündungen mit der Stauungsbehandlung erzielt wurden, und die im Gegensatz zu den Hamburger Erfahrungen (Preiser, Lenhartz, König) sehr gute waren. Allerdings kamen viele Patienten schon in den ersten Tagen in Behandlung, die nach acht Tagen bis sechs Wochen wieder völlig normale Gelenke herstellte. Von den übrigen Fällen (27 von 40), die erst nach 10 Tagen bis 21 Wochen unter Stauungsbehandlung



gesetzt wurden, sind 12 mit voller Funktion, 9 mit ganz geringer Bewegungsbeschränkung ausgeheilt; die übrigen sechs erlitten eine Einbusse der Funktion etwa um die Hälfte des Normalen. 28 mal handelte es sich um phlegmonöse Formen. Auch in einer neuen Untersuchungsreihe von 20 Fällen fanden sich die gleichen günstigen Resultate, niemals Ankylose, niemals ein operativer Eingriff. Die Hamburger Misserfolge erblickt B. in einer unpräzisen Technik. (B. hat die meisten Fälle poliklinisch behandelt, 6 Tage bis 3 Monate hindurch, 22 Stunden lang täglich, 2 Stunden Suspension.) Demonstration einer Reihe von mit voller Funktion ausgeheilter phlegmonöser gonorrhoischer Arthritiden.

In der Diskussion erklärt Bier, dass derjenige, der mit der Stauungsbinde bei der gonorrhoischen Arthritis keine Erfolge erzielt, sicher mit der Technik nicht umzugehen weiss.

Ewald-Hamburg.

69) **Codivilla** (Bologna). Sulla tecnica dei trapianti tendinei.

Società medico-chirurgica di Bologna. 4. luglio 1908.

Redn. hält es nicht für unzweckmässig, auf dieses Argument zurückzukommen, nachdem in den jüngsten Diskussionen auf dem Kongresse für Chirurgie in Paris und dem für Orthopädie zu Berlin im verflossenen Jahre schwere Zweifel über den Wert der Sehnenüberpflanzungen erhoben worden sind. Die Haupteinwürfe sind folgende:

1. Ein überpflanzter Muskel kann nicht eine Funktion erwerben, die in Antagonismus zu der vor der Ueberpflanzung ausgeübten steht.

2. Die überpflanzte Sehne geht auf ihrem neuen Verlauf mit den Geweben, mit denen sie in Kontakt ist, Verwachsungen ein, welche den Muskel an seiner Funktion hindern.

In dem von ihm vorgestellten Fall handelte es sich um eine Lähmung infolge zufälliger Durchschneidung des Ischiaticus poplitaeus externus. Die Verletzung war vor zwei Jahren erfolgt. Die Sehnen des Tib. post. und des langen gemeinschaftlichen Zehenbeugers wurden auf die dorsale Region des Fusses überpflanzt, nachdem sie durch den Zwischenknochenraum hindurchgeführt waren. Der Flex. long. hall. wurde auf die Peronäen überpflanzt. Nach zwei Monaten der Immobilisierung und Abnahme des Gipsverbandes zeigten sich die überpflanzten Muskeln sofort zur kräftigen Ausübung der neuen Funktion fähig. Auf jeden Willensimpuls bringen sie den Fuss in dorsale Flexion und in Abduktion in der nämlichen Weise wie die normalen agonistischen Muskeln. Diese Tatsache, welche den Wert eines physiologischen Versuches besitzt, zeigt: a) die Leichtigkeit der Anpassung



des Nervensystems, um die Muskeln eine antagonistische Funktion abgesondert von den Kontraktionen der gleichartig wirkenden Muskeln vollführen zu lassen; b) das Fehlen von Verwachsungen, wenn die Ueberpflanzung mit guter Technik geschehen ist. Der Fall ist überdies ein Beweis für die Rationalität und den Wert der Methode.

Redn. betont seine persönliche Technik, die durch verschiedene Veröffentlichungen über den Gegenstand bekannt ist. Zur besseren Sicherung des Periostknochenansatzes des Endes der überpflanzten Sehne verwendet er seit über einem Jahr gabelartige Nägel, welche die Sehne in sicherer Weise auf dem Knochen befestigen. Diese Nägel werden nach beendigter Immobilisierung entfernt. Die schlechten Resultate anderer Operateure beruhen nach ihm, ausser auf einem falschen Operationsplan, auf einer nicht sicheren Befestigung der Sehne unter geeigneter Spannung, wodurch die Bildung von Verwachsungen erleichtert wird.

Buccheri-Palermo.

70) **Ashhurst.** Chirurgenverein in Philadelphia. 6. IV. 1908.

Revue de Chirurgie. 1908, 11, p. 665.

A. stellt Fälle von Kinderlähmung, behandelt mit Sehnenüberpflanzung und Nervennaht, vor.

1. Paralytischer Klumpfuss (11 j. Junge). Operation: Tibial. ant. an die Basis des metatarsale V genäht, nach vorheriger Korrektion des Klumpfusses. — Vollkommenes Resultat bzgl. Stellung und Funktion.

2. Pes valgus — Schlottergelenk am Sprung- und Kniegelenk (11 j. Junge) — Transplantation des peroneus brevis auf die Basis des metatarsale I. — Ueberpflanzung des gracilis und semitendinosus auf die Patella. Resultat: Gang ohne Schiene nicht möglich, da Unterschenkel im Knie nicht aktiv zu strecken. Am Sprunggelenk muss die Arthrodese gemacht werden.

3. Hacken-Schlotterfuss (7 j. Junge). — Ausser Peroneen die gesamte Unterschenkelmuskulatur gelähmt. — Operation: Transplantation des nervus tib. ant. auf den n. musculocutaneus, ferner der m. peroneuslongussehne auf die Achillessehne. Resultat: Arthrodese nötig.

4., 5. u. 6. Pes valgus, Transplantation der beiden Peroneen auf die Basis des I. metatarsale. — Gutes Resultat.

Jopson meint bezgl. Fall 2 (Quadricepsüberpflanzung), dass es zweckmässiger sei, sämtliche inneren Beuger auf die Patella zu transplantieren. Davis hält den semitendinosus für ausreichend.

Ewald-Hamburg.



71) **H. Tubby.** Britische medizinische Gesellschaft. 76. Jahresversammlung zu Sheffield. 28.—31. Juli 1908.

Revue de chir. 1908. 11. p. 668.

Ueber die chirurgische Behandlung der Kinderlähmung

Nacheinander werden Tenotomie, Arthrodese und Sehnentransplantation besprochen. Bezgl. letzterer ist T. der Ansicht, dass die Langesche Methode (Naht der Sehne eines funktionsfähigen Muskels an einen neuen Insertionspunkt [Knochen]) einen Fortschritt bedeutet. Die verschiedenen Indikationen für die verschiedenen Behandlungsarten werden eingehend besprochen, ebenso die Nachbehandlung und die eventuellen Misserfolge. Die Resultate waren am besten beim paralytischen Klumpfuss (Transplantation des musc. tibialis ant. auf das Kuboid) und beim Plattfuss (peroneus longus oder brevis auf den Innenrand des Fusses) und beim Spitzfuss (Hälfte der Achillessehne auf den Fussrücken). Keinen Erfolg hatte T. mit der Ueberpflanzung des Peroneus longus auf die Achillessehne beim Hackenfuss. Bei Quadrizepslähmung ergab die Transplantation des Sartorius oder der Beuger in 50 % der Fälle aktive Streckmöglichkeit.

An der oberen Extremität hat T. viermal den äusseren Trizepskopf auf den gelähmten Bizeps mit Erfolg transplantiert; in fünf Fällen von Radialislähmung hat er Dorsalreflexion der Hand dadurch erreicht, dass er den flexor carpi radialis und ulnaris mittels Seidenfäden verlängerte und ihre Wirkung auf den Handrücken (Basis des II. und IV. metacarpale) übertrug.

Nervenpfropfungen hat T. mehrfach versucht: eine Deltoideuslähmung hat er beseitigt durch Spaltung der V. Halswurzel und Pfropfen der einen Hälfte auf das periphere Ende der VI. Halswurzel. Ferner machte er in zwei Fällen von Hackenfuss durch Nervenanastomose den gastroknemius und soleus wieder funktionsfähig.

Ganz allgemein gesagt sind aber nach T's Ansicht die Indikationen für die Nerventransplantationen nur beschränkt.

Ewald-Hamburg.

72) **Le Conte.** Chirurgische Akademie in Philadelphia. 2. März 1908.

Revue de chirurgie 1908. 9, p. 453.

Bei einem 11jährigen Jungen, der einen rechtsseitigen kongenitalen Torticollis infolge Kontraktur des musk. sternocleidomastoideus hatte, der doppelt so voluminös und kräftig wie der linke war, resecierte Le C. den Nerven dicht vor seiner Eintrittsstelle um mehr als 1 cm. Heilung und volle Bewegungsfreiheit des Kopfes.

Ewald-Hamburg.



73) **Codivilla** (Bologna). Sulla patogenesi della Scoliosi da Siringomielia.

Società medico-chirurgica di Bologna. 5. dic. 1907.

Es handelt sich um einen Fall von schwerster rechtsseitiger dorso-lumbaler Skoliose bei einem jungen Manne von 23 Jahren. Derselbe fiel im Alter von 13 Jahren von einem Wagen. Ausser oberflächlichen Kontusionen und leichten Schmerzen in verschiedenen Teilen des Körpers hatte er nicht über schwere Verletzungen zu klagen, so dass er allein aufstehen und mühelos ein grosses Stück Weg zurücklegen konnte. Nach einigen Monaten bemerkten die Eltern, dass der Junge den Rumpf nach links geneigt hielt. Von nun an hat die Deformität allmählich an Schwere zugenommen. Aus der objektiven Untersuchung des Pat. ergeben sich alle klassischen Symptome der Syringomyelie (Dissoziierung der Sensibilität, Steigerung der Patellarreflexe auf der einen Seite und fast Verschwinden auf der anderen, dystrophische Erscheinungen an den Extremitäten etc.). Inbezug auf die Rückgratdeformität rückt Codivilla die ganz spezielle Morphologie derselben ins Licht und bemerkt, dass er im vorliegenden Fall im Unterschied zu dem, was allgemein für die Genese der Syringomyelitischen Skoliose angenommen wird, glaubt, dass dieselbe nicht die Folge von dystrophischen Erscheinungen des Rückgrats, sondern des paralytischen Zustandes sei, in dem sich die Muskeln der konkaven Seite der Skoliose befinden. Aus funktioneller Notwendigkeit heraus hat sodann der Pat. den Rumpf nach der Seite der gelähmten Muskeln fallen lassen, da es ihm nur auf diese Weise gelingt, durch Spielenlassen der gesunden Muskeln der konvexen Seite freiwillig eine relative Korrektion der Deformität zu erzielen, was ihm unmöglich sein würde, wenn die Wirbelsäule nach der Seite der aktiven Muskeln geneigt wäre.

Das Röntgenogramm der Wirbelsäule bestätigt die Annahme, dass die Ursache der Skoliose ganz ausserhalb des Skeletts liegt, insofern es in den Wirbeln keine bemerkenswerten strukturellen Veränderungen zeigt.

Buccheri-Palermo.

74) **J. Young.** Chirurgische Akademie in Philadelphia. 3. Febr. 1908.

Revue de chir. 1908. 7. p. 203.

Y. stellt ein 11jähriges Mädchen vor, dem er vor vier Monaten wegen Osteomyelitis die ganze linke Clavicula subperiostal reseziert hatte. Die Röntgenphotographie zeigt schon jetzt eine Knochenregeneration. Vollkommene Funktionsfähigkeit in der linken Schulter.

Ewald-Hamburg.



75) **W. S. Spencer.** Kgl. Medizinische Gesellschaft in London.

Revue de chir. 1908. 10. p. 537.

Ein 35jähriger Mann litt an einer schon $3^1/_2$ Monate bestehenden Luxatio humeri subcoracoidea. Sp. legte von hinten her die Kapsel frei, entfernte einen Teil der verdickten Pfanne und der Kapsel, ohne irgendwelche Muskeln und Gefässe zu verletzen und renkte den Humeruskopf dann nach Kocher ein. Gutes Resultat. Die Vorteile dieser Methode, das Gelenk von hinten her freizulegen, sind Schonung der Muskeln, Nerven und Gefässe und Vermeiden eines leeren Raumes, so dass keine Drainage nötig ist und die Wunde p. p. i. heilen kann.

Ewald-Hamburg.

76) **Willy Meyer.** Chirurgische Gesellschaft in New-York. 12. Febr. 08.

Revue de Chir. 1908. 7. p. 200.

Bei einer habituellen Schulterluxation, die seit 4 Jahren im Anschluss an eine traumatische Verrenkung immer wieder auftrat, legte M. die Kapsel frei und faltete sie in der Längsrichtung. Seit 19 Monaten kein Rezidiv. **Ewald**-Hamburg.

77) **Samter.** Verein für wissenschaftliche Heilkunde in Königsberg i. Pr. 11. I. 1909.

Berl. klin. Woch. 1909. 4, p. 183.

Bei einem 50j. Mann, bei dem nach einer Humerusluxation der musc. deltoideus 8 Monate lang reaktionslos blieb, wurde ein plastischer Ersatz des Deltoideus durch die klavikulare Portion des M. pectoralis major vorgenommen. Schon 19 Tage nach der Operation konnte Pat. den neugebildeten Deltoideus willkürlich innervieren. Jetzt kann er den Arm aktiv um etwa 40° über die Wagerechte erheben.

Diskussion: Lichtheim kann sich von einer Deltoideuswirkung nicht überzeugen. Er sehe nur Serratuswirkung.

Samter meint, dass die Schulterblattmuskeln erst nach dem Deltoideusersatz in Wirkung treten können.

Lexer sagt, man hätte noch eine Verpflanzung des Trapezius auf den Deltoidens hinzufügen sollen. **Ewald**-Hamburg.

78) **Alglave.** Société anatomique et clinique de Paris (chir. Abt. 1907).

Arch. génér. de Chir. 1908. 12. p. 615.

A. teilt einen Fall von grossem Osteom des musc. brachialis int., sowie Exostose am Olecranon mit, entstanden 2 Jahre nach einer Ellenbogenluxation nach hinten. **Ewald**-Hamburg.



79) **Rossi** (Mailand). Il meccanismo di riduzione nelle fratture trasversali dell' estremo inferiore dell' omero.

Società Milanese di medicina e biologia. 30. giugno 1908.

Redn. berichtet über einige Fälle von suprakondylärer Läsion des Humerus und zeigt durch Röntgenogramme von persönlichen Fällen, wie sich eine vollkommene Verheilung der Fragmente durch eine forzierte Beugung im Ellenbogengelenk erzielen lässt, wenn das untere Fragment nach hinten verschoben ist, durch dauernden Zug mit Gewichten bei Extension der Extremität, wenn das untere Fragment nach vorn verschoben ist. Er erklärt die Wirkungsweise dieses Verfahrens und empfiehlt es als das einzige, welches die vollkommene Verheilung der Fragmente garantieren kann. **Buccheri**-Palermo.

80) **Perriol.** Société de médecine de Grenoble. 30. VI. 1908.

Revue de chir. 1908. Nr. 11, p. 648.

P. hat bei einer Olekranonfraktur den Arm in Streckstellung eingegipst und, um den Triceps zu massieren, an der Streckseite ein Fenster in den Verband geschnitten. Nach 3 Wochen gutes Resultat, keine Tricepsatrophie, keine Steifigkeit. Man kann also auch ohne sofortige funktionelle Behandlung (Lucas — Championnière) gute Erfolge erzielen. **Ewald**-Hamburg.

81) **Gayet.** Société de chirurgie de Lyon. 27. II. 1908.

Revue de chir. 1908. 4, p. 375.

G. stellt einen Mann von 25 J. vor, dessen rechter Vorderarm durch Ueberfahren schwer verletzt war. Es trat in der Folgezeit eine Gasgangrän ein. Trotzdem konnte der Arm erhalten und durch spätere orthopädische Massnahmen (Durchmeisselung und Glättung der zusammengewachsenen Elle und Speiche) wieder durchaus brauchbar gemacht werden. **Ewald**-Hamburg.

82) **S. Taylor.** Chirurgengesellschaft in New-York, 8. IV. 1908.

Revue de Chirurgie 1908. Heft 11, p. 654.

T. bespricht in extenso die Volkmannsche ischämische Muskellähmung. Er stellt ein 4jähriges Kind vor, das im Anschluss an eine Humerusfraktur, die mit Gipsverband behandelt wurde einen grossen Abszess an der Beugeseite des Unterarms bekam. Allmählich bildete sich die Deformität mit Klauenhand heraus. Nachdem 13 monatige Massage u. s. w., auch Freilegen des nervus radialis an der Bruchstelle erfolglos blieben, wurden die narbig zusammenge-



wachsenen Beugesehnen freigelegt und isoliert. Ferner Kontinuitätsresektion von Ulna und Radius um 2 cm, wodurch die völlige Dorsalflexion der Hand und Streckung der Finger ermöglicht wurde. Die Knochen wurden mit passenden Aluminiumröhren vereinigt. Heilung p. p. i. Acht Monate nach der Operation waren die trophischen Störungen verschwunden, Beugung und Streckung der Hand und der Finger bessert sich ganz allmählig.

T. konnte 59 Fälle aus der Lit. zusammenstellen (zweimal eine ähnliche Kontraktur an den Beugern des Unterschenkels). Der Grund der Ischämie war in 80 % ein zu einger Gipsverband bei Humerus — oder Unterarmfraktur. In den übrigen Fällen Verletzung der art. brachialis, ferner Thrombose, wodurch Nekrose und Eiterung hervorgerufen (in 60 % aller Fälle). Der Beginn der Ischämie ist immer rapid zunehmende Schwellung, Cyanose, Schmerzen, Herausbildung der Kontraktur an Fingern und Hand, Funktionslosigkeit.

Therapeutisch kommt Verkürzung der Knochen oder Verlängerung der Beugesehnen in Betracht. T. gibt der ersteren Methode wegen der Einfachheit den Vorzug.

Blake hat 3 Fälle von ischämischer Kontraktur beobachtet. Bevor man zur Knochenverkürzung schreitet, soll man mehrere Monate lang die unblutige orthopädische Behandlung versuchen.

Ewald-Hamburg.

83) **Destot.** Société de chirurgie de Lyon. 2. April 1908.
Revue de chir. 1908. 5, S. 725.

D. teilt Fälle von Verletzungen des Handgelenks und der Handwurzel mit, die die verschiedenen Möglichkeiten der Bänder- und Knochenverletzungen zeigen. Neben Radiusbrüchen und einfachen Distorsionen kommen Luxationen, Brüche des os naviculare und os lunatum (15 Fälle!) isoliert oder vergesellschaftet mit anderen Brüchen vor. Welche Verletzung zu Stande kommt, hängt von der Haltung der Hand beim Unfall ab. Nervöse Störungen sind häufig. D. sowie Gangolphe sprechen sich für die unblutige Behandlung aus.

Ewald-Hamburg.

84) **Delbet.** Société de Chirurgie de Paris. März 1908.
Revue de Chirurgie 1908. 5, p. 715.

Beim Fall auf die stark dorsalflektierte Hand kommt es keineswegs immer zu der typischen Radiusfraktur, sondern wie die von D. zusammengestellten 129 Fälle beweisen, häufig auch zu typischen Dislokationen im Handgelenk, resp. der Handwurzel. Nach den Versuchen an der Leiche handelt es sich um eine dorsale Luxation



des os capitatum, das die distale Karpalknochenreihe ev. zusammen mit dem os triquetrum und abgerissenen Teilen des os semilunare und naviculare mit dislocieren kann. Der Hauptteil des os lunatum bleibt am Radius und verhindert die Volarflexion, sowie die freie Beweglichkeit der Finger. In 41 Fällen waren auch nervöse Störungen vorhanden (n. medianus oder seltener der n. ulnaris). Die Prognose ist ernst, wenn die Hand sich selbst überlassen bleibt: von 40 unbehandelten Fällen waren 27 Hände völlig funktionsunfähig. Die Exstirpation des os lunatum ist die Operation, die die günstigsten Resultate zeitigt.

Ewald-Hamburg.

85) **Royal Whitman,** Chirurgengesellschaft in New-York. 8. April 1908.

Revue de Chirurgie 1908. 11, p. 651.

R.-W. hat bei einem 10jährigen Knaben eine Coxa vara in der von ihm geübten Weise behandelt: Abtragung der Spitze des Trochanter major, Immobilisation des Beines in Abduktionsstellung. Gutes Resultat. (Demonstration.) **Ewald**-Hamburg.

86) **Biondi** (Siena). Proposta di una nuova cura in casi di coxite avanzata.

XXI. Congresso della Società italiana di chirurgia 1908.

Redn. stellt einen Pat. vor, bei dem eine seit 11 Jahren dauernde rechtsseitige tuberkulöse Koxitis spontan mit Luxation nach hinten geheilt war.

In Anbetracht der aus dieser Beobachtung, die Redner seit zehn Jahren verfolgt, sich herleitenden Belehrungen sowie der ungenügenden operativen Resultate bei verschiedenen seiner Fälle, die mit der typischen Resektion des Hüftgelenks und darauffolgender Einpassung des Kopfes des bleibenden Femurendes in die Gelenkpfannenhöhle operiert worden waren, behält Redner für die Fälle von beginnender Koxitis zwar die Immobilisierung und allgemeinen Kuren vor, schlägt dagegen für die vorgeschrittenen Fälle vor, denselben Weg zu befolgen, auf dem der Krankheitsprozess spontan zu verheilen strebt, nämlich die pathologische Luxation auf das Darmbein zu begünstigen. So wird die Gravitation des Rumpfes auf der Gelenkpfanne und auf dem erkrankten oder zur Erkrankung disponierten Femurende vermieden.

Buccheri-Palermo.



87) **Piquand** u. **Dreyfus.** Société anatomique et clinique de Paris (chir. Abth. 1907).

Arch. génér. de chir. 1908. 12. p. 619.

Sechs Monate nach einer starken Kontusion der linken Hüftgegend bildete sich ein grosser Tumor an der Aussenseite des Oberschenkels, der sich bei der Operation als ein Osteom des tensor fasciae latae darstellte. Dasselbe durchsetzte die ganze Dicke des Muskels. — Morestin hat einen analogen Fall operiert.

Ewald-Hamburg.

88) **Müller.** Rostocker Aerzteverein. 6. Juni 1908.

Deutsche med. Woch. 1908. Nr. 47. p. 2051.

M. demonstriert ein Kniegelenksresektionspräparat einer 16jährigen, 6 Jahre mit Stauung und Jodoform-Injektionen behandelten Patientin. Nach anscheinend völliger Ausheilung plötzlich lokale Gebrauchsbehinderung, Operation, käsige Gelenktuberkulose mit Knochen-Knorpelzerstörung. M. schliesst daraus auf die Unzuverlässigkeit der konservativen Mittel. **Ewald**-Hamburg.

89) **Fasano** (Roma). Osteomielite della rotula.

XXI. Congresso della società italiana di chirurgia. Roma 27.—28. ott. 1908.

Es handelt sich um einen Fall von primärer Osteomyelitis der rechten Kniescheibe, in welchem dreimal eingegriffen werden musste: das erste Mal wegen Abszessen, die sich auf dem Oberschenkel derselben Seite gebildet hatten; das zweite Mal wegen Fraktur; das dritte Mal wegen Refraktur.

Beim zweiten Eingriff wird der osteomyelitische Herd freigelegt, der ausgekratzt und entfernt wird. Es wurde die Naht der Kniescheibe nachgeschickt. Beim dritten Eingriff zeigt die Kniescheibe komplizierten Splitterbruch. Anstatt die Exstirpation der Kniescheibe vorzunehmen, schritt Redn. zu einer besonderen Technik. Er inzidierte in Längsrichtung die Kniescheibendeckaponeurose in der ganzen Länge der Patella und enuklierte durch diese Längsinzision mit stumpfen Instrumenten nach und nach die Frakturfragmente. Darauf regulierte er die Ränder der zuerst gemachten Inzision derart, dass er sie in eine rhomboidale Inzision verwandelte, deren Ränder auf der Mittellinie vernäht wurden, wobei er darauf achtete, auf der Nahtlinie soviel ligamentöser Aponeurose als möglich zu fassen, um eine kräftige Verbindungssehne zwischen der Quadrizepssehne und der Patellarsehne zu bilden. Dieses Verfahren wurde ihm durch die Bedeutung eingegeben, welche in diesen Fällen die Erhaltung der ligamentösen Teile



und besonders der seitlichen Aponeuroseanteile besitzt, in denen bekanntlich strecktüchtige von dem Vastus internus und dem Tensor fasciae latae kommende Fasern verlaufen. Das erzielte Resultat rechtfertigte den Eingriff, denn Pat. hatte nach fünf Monaten vollkommen normalen Gang und nach drei Jahren sind die Funktionsverhältnisse unverändert. Der Pat. ist imstande Treppen auf- und abzusteigen und dabei schwere Lasten auf den Schultern zu tragen. Der Gang ist physiologisch normal. Redn. legt Photographien und Radiographien vor.

Bucheri-Palermo.

90) **M. Hartwell.** Chirurgische Gesellschaft in New-York. 22. IV. 1908.

Revue de chirurgie 1908. 11. p. 659.

H. stellt einen 42 jährigen Neger vor, der infolge einer alten, mangelhaft behandelten Patellarfraktur schwere Gehstörungen hatte Die Bruchstücke standen 9 cm auseinander. Operation: Da die Fragmente durch fibröse Stränge festgehalten wurden, so wurden diese durchschnitten, so dass nur noch eine Diastase von 3 cm blieb. Um die Fragmente völlig zur Berührung zu bringen, wurden die Quadrizepssehne und das lig. patellare durch einen Mförmigen Schnitt verlängert. Vereinigung der angefrischten Fragmente mittels Silberdraht. Seidendrainage, Gipsverband. Schon sechs Wochen nach der Operation war aktive Beugung und Streckung um 45° möglich.

Ewald-Hamburg.

91) **Günther.** Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins. 13. Juli 1908.

Deutsche med. Woch. 1908. Nr. 47. p. 2051.

G. berichtet über 11 Fälle von Patellarfraktur, die im Virchowkrankenhause behandelt wurden. Von diesen konnten vier, die das gestreckte Bein noch aktiv heben konnten, mit Schienen und Heftpflastertestudines, nach einigen Tagen mit Massage des Quadrizeps, nach 3 Wochen mit medico-mechanischen Uebungen behandelt werden. Resultat bei dreien gut, der vierte gelangte nachträglich zur Operation. Die 7 anderen Fälle wurden sofort mit Seide genäht, dann Schiene oder Gips (14 Tage), dann Massage, vier Wochen nach der Operation medico-mechanische Behandlung. Am 70. Tage etwa Entlassung. Alle konnten ohne Stock oder Apparat gehen. Streckbewegung meist gut, Beugung behindert.

Im Anschluss daran wird ein Fall von Quadrizepszerreissung mitgeteilt. Der Quadrizeps wird an das Patellarperiost



mit Katgut fixiert. Vollkommenes Resultat, nur beim plötzlichen schnellen Gehen verspürt Pat. einen blitzartigen Ruck an der Streckseite des Femur. **Ewald**-Hamburg.

92) **Willy Meyer.** Chirurgische Gesellschaft in New-York. 12. II. 08.
Revue de chir. 1908. 7. p. 199.

Nachdem M. vergebens versucht hatte, einen Tumor albus des Sprunggelenkes mit Fistel mittels Stauung zu behandeln, nahm er eine Talusexstirpation vor, reinigte das Gelenk und die Sehnenscheide der Peroneen von den Fungusmassen, füllte das Gelenk mit der Jodoformplombe und erreichte so ein vorzügliches Resultat. — Geringe Verkürzung. **Ewald**-Hamburg.

93) **Wharton.** Chirurgische Akademie in Philadelphia. 3. Febr. 1908.
Revue de chir. 1908. 7. p. 204.

Im Anschluss an eine Demonstration von drei Fällen schildert W. sein Vorgehen bei der Behandlung der Patellarfrakturen: 3 Tage nach der Verletzung Knochennaht mit Katgut, Kapselnaht. Hautnaht, Drainage (nach 3 Tagen entfernt), Gipsverband, der nach 1 Monat abgenommen wird; Massage, Uebungen, 6 Wochen nach der Operation Gehversuche an Krücken, in der 10. Woche Gang mit einem Stock, im 6. Monat geheilt. **Ewald**-Hamburg.

94) **Oelecker.** Aerztlicher Verein in Hamburg.
Biologische Abteilung. 16. II. 09.

Ö. zeigt ein Präparat eines nach Pirogoff amputierten Fusses, der hochgradige Veränderungen an Fusswurzelknochen und Gelenken zeigt (Knochenschwund und -hypertrophie, Knorpelusuren, Luxationen). Vor 5 Jahren war dem 25jährigen Manne wegen desselben Leidens der andere Fuss abgenommen worden. Der Mann erscheint sonst gesund, Tuberkulose, Lues, Sarkom war auszuschliessen, auch für Tabes ergab sich kein Anhaltspunkt, ebensowenig für Syringomyelie. O. kommt zu dem Resultat, dass es sich wohl doch um eine Arthropathie neurogenen Ursprungs handeln müsse (vielleicht Spina bifida occulta). Es werden Röntgenbilder dieses Falles sowie von tabischen Arthropathien demonstriert.

In der Diskussion erwähnt Preiser einen Fall von Arthropathie der Fussgelenke bei einem Patienten, bei dem erst nach einem Jahr tabische Symptome auftraten. Dann zeigt Pr. Röntgenbilder mit Heberdenschen Knoten an den Fingergelenken, die wahrscheinlich auch neuropathischer Natur seien. Sie werden bei Frauen, seltner



beim Mann zur Zeit der Involution beobachtet, beginnen mit Oedem und Schmerzen und schwerer Beweglichkeit an den Fingern, und gehen in Knotenbildung und teilweise Versteifung über, ohne dass die Pat. jedoch später Schmerzen haben. Radiographisch findet man Knochenatrophie, sekundäre Arthritis deformans, Ausfraisungen unterhalb der Capitula phalangorum, sowie 1—2 stecknadelkopfgrosse Knochenschatten seitlich vom Gelenk. — Therapie: Pendeln, Bäder, Massage.

König zeigt eine Reihe von Röntgenbildern tabischer Fuss- und Kniegelenke. An einer Serie von Aufnahmen eines Falls wird die fortschreitende Erkrankung demonstriert. Charakteristisch ist für die tabische Arthropathie die Knochenerweichung sowie die Ossifikationen in Knochen, Muskeln und Bändern, die K. für typisch hält, während die Osteophytenbildung der Arthritis deformans eigentümlich ist. Doch sind beide Prozesse — namentlich in ihren Anfängen nicht auseinanderzuhalten.

Derselben Meinung sind Hänisch und Preiser.

Ewald-Hamburg.

95) **Wharton.** Chirurgische Akademie in Philadelphia. 3. Febr. 1908.
Revue de Chir. 1908. 7. p. 203.

W. hat drei Fälle von Fraktur der Tuberositas metatarsi V beobachtet, die in einem Gipsverband, der 14 Tage liegen blieb, heilten. Die Funktion des Fusses wurde durch die Fraktur nicht beeinträchtigt.

Young hat im Anschluss an eine Fraktur der Tuberositas metatarsi V eine Pseudarthrose und daraus folgende Metatarsalgie sich entwickeln sehen, so dass er operativ einschreiten musste. Die Prognose dieser Frakturen ist also nicht absolut günstig. **Ewald**-Hamburg.



Innenarchitektur der Knochen. — 13) **Findlay,** Rachitis-Aetiologie. — 14) **Lexer,** Knochenplastik. — 15) **Veit,** Gelenkmäuse. — 16) **Bibergeil,** 353 komplizierte Frakturen. — 17) **Takahaschi,** 57 komplizierte Frakturen. — 18, 19) **Lucas-Championnière, Tyrrel Gray,** Behandlung von Frakturen. — 20) **Peltesohn,** Operative Behandlung der Knochenbrüche. — 21) **Vanverts,** Fehlerhafte Frakturheilung. — 22) **Becker,** Extension am querdurchbohrten Knochen. — 23) **Stoettner,** Pseudarthrosen. — 24) **Hashimoto** und **So,** Pseudarthrosen-Behandlung von Schussverletzungen. — 25) **Plelicke,** Chronischer Gelenkrheumatismus. — 26) **Calot,** Tumor albus. — 27) **Porcile,** Multiple Muskel-Angiome. — 28) **Harris,** Neuritis des medianus und ulnaris. — 29) **Kölliker,** Sekundäre Sehnennaht. — 30) **Kilvington,** Regeneration durchtrennter Nerven. — 31) **Tubby,** Infantile Paralyse. — 32) **Evler,** Lederstreckverbände. — 33) **Kennedy,** Operation von spastischem Torticollis. — 34) **Depage,** Schmerzhafte Rippenverlagerung. — 35) **v. Foller,** Muskelkraft des biceps und brach. int. — 36) **Broca,** Verkürzung des Humerus. — 37) **Schlinck,** Subkutane Durchreissung des Musc. triceps brachii. — 38) **Eames,** Radius-Fraktur. — 39) **Brunn,** Schnellende Hüfte. — 40) **Guillaume-Loilis** und **Galvé,** Doppelte Koxitiden. — 41) **Bowlby,** 900 Fälle von Koxitis. — 42) **Tubby,** Coxa valga. — 43—46) **Helbing, Drehmann, Damany, Bade,** Behandlung der angeborenen Hüftverrenkung. — 47) **Edmonson,** Oberschenkelfraktur bei Neugeborenen. — 48) **Meissner,** Frakturen beider Femurkondylen. — 49) **Wrede,** Veraltete Kniescheibenbrüche. — 50) **Desguin,** Apparat zur Reposition und Fixation der Schrägfrakturen des Unterschenkels. — 51) **Nason,** Fuss-Luxation. — 52) **Abbot** und **Pingree,** Wiederherstellung normaler Fussstellung. — 53) **Hübscher,** Behandlung des kontrakten Plattfusses im Schlaf. — 54) **v. Oettingen,** Klumpfuss-Behandlung beim Säugling durch den praktischen Arzt. — 55) **Dillens,** Tarsektomie beim Klumpfuss. — 56) **Bérard** und **Rendu,** Hallux varus.

Aus Kongress- und Vereinsberichten: 57) Sitzung der Niederländischen orthopädischen Gesellschaft vom 29. November 1908 in Amsterdam. — 58) **Umber,** Gicht. — 59) **Jovane** und **Pace,** Einfluss der Nebennieren auf den Rachitismus. — 60) **Rocchini,** Osteomalacie. — 61) **Glässner,** Pagetsche Knochenerkrankung. — 62) **Carnot** und **Bonniot,** Exostosen an den Extremitätenknochen. — 63) **Pfister,** Peri- und paraostale Ossifikationen. — 64) **Vogelmann,** Behandlung isolierter tuberkulöser Knochenherde. — 65) **Kaposi,** Knochenzysten. — 66, 67) **Tusini, Heller,** Knochenplastik. — 68) **Bätzner,** Erfolge bei gonorrhoischen Gelenkentzündungen mit der Stauungsbehandlung. — 69) **Codivilla,** Sehnenüberpflanzung. — 70) **Ashhurst,** Kinderlähmung, behandelt mit Sehnenüberpflanzung und Nervennaht. — 71) **Tubby,** Chirurgische Behandlung der Kinderlähmung. — 72) **Le Conte,** Rechtsseitiger kongenitaler Torticollis. — 73) **Codivilla,** Dorsolumbale Skoliose. — 74) **Young,** Resektion der linken Clavicula wegen Osteomyelitis. — 75) **Spencer,** Luxatio humeri subcoracoidea. — 76) **Meyer,** Habituelle Schulterluxation. — 77) **Samter,** Plastischer Ersatz des Deltoideus. — 78) **Alglave,** Osteom des musc. brach. int. — 79) **Rossi,** Suprakondyläre Läsion des Humerus. — 80) **Perriol,** Olekranonfraktur. — 81) **Gayet,** Gasgangrän am rechten Vorderarm. — 82) **Taylor,** Volkmannsche ischämische Muskellähmung. — 83) **Destot,** Verletzungen des Handgelenks und der Handwurzel. — 84) **Delbet,** Dislokationen im Handgelenk. — 85) **Whitman,** Coxa vara. — 86) **Biondi,** Tuberkulöse Koxitis. — 87) **Piquand** und **Dreyfus,** Osteom des tensor fasciae latae. — 88) **Müller,** Kniegelenksresektionspräparat. — 89) **Fasano,** Osteomyelitis der Kniescheibe. — 90) **Hartwell,** Gehstörungen nach mangelhaft behandelter Patellarfraktur. — 91) **Günther,** 11 Fälle von Patellarfraktur. — 92) **Meyer,** Tumor albus des Sprunggelenks. — 93) **Wharton,** Patellarfrakturen. — 94) **Oelecker,** Arthropathie neurogenen Ursprungs. — 95) **Wharton,** Fraktur der Tuberositas metatarsi V.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. Dr. **O. Vulpius** in Heidelberg, Luisenstr. 1—3, oder an die Verlagsbuchhandlung **S. Karger** in Berlin NW 6, Karlstr. 15, einsenden.



Zentralblatt
für
Chirurgische und mechanische Orthopädie
einschliesslich der gesamten Heilgymnastik und Massage.

Redigiert von
Prof. Dr. O. Vulpius
in Heidelberg.

Verlag von
S. Karger in Berlin
NW., Karlstrasse 15.

Monatlich erscheint ein Heft im Umfang von 48 Seiten. Preis des Jahrgangs Mk. 15,—. Zu beziehen durch die Post und durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes.

Bd. III. **Juni 1909.** **Heft 6.**

Der Gang des Menschen und die Fussgeschwulst.

Von Momburg, Stabsarzt beim Garde-Fussartillerie-Rgt. Mit 22 Tafeln und 8 Textfiguren. Berlin 1908. August Hirschwald.

Das kleine Buch stellt Band 25 der Bibliothek v. Coler dar, und ist dem Korpsarzt des Gardekorps Dr. Stechow zugeeignet. Es gibt ein umfassendes Bild der häufigen Erkrankung, die 1855 erstmals beschrieben und 1897 erst in ihrem Wesen richtig erkannt wurde.

Die ersten Abschnitte beschäftigen sich mit der Anatomie und Physiologie des Fusses bezw. des Ganges, ein Gebiet, auf dem Verf. experimentell durch Analyse von Trittspuren auf weichem Boden gearbeitet hat.

Weiter lässt er die ätiologischen Theorien Revue passieren. Für die Therapie lobt er besonders die heilungsbefördernde Wirkung der Stauungshyperämie und die Heissluftbehandlung.

Hinsichtlich der Prophylaxe urteilt er pessimistisch. Die Beseitigung des Parademarsches ist nicht erwünscht, da dieser die schlecht entwickelte Fussmuskulatur des modernen Menschen zu kräftigen und dadurch Fussverletzungen eher zu verhüten vermag. Schädlich wirkt der Parademarsch nur dann, wenn er am Schluss einer anstrengenden Uebung der ermüdeten Truppe zugemutet wird.

Vulpius - Heidelberg.

1) **Bernardi** (Pisa). Modificazioni post-fratturali del sangue.

Pisa. Tipogr. Editrice Mariotti 1907.

Verf. hat die histologischen Modifikationen studiert, die das Blut der Frakturierten erfahren kann.



Nach einer Fraktur würden im allgemeinen folgende Modifikationen eintreten: Absolute Vermehrung der Leukozyten, proportioniert dem Alter des Frakturierten, der Bedeutung des verletzten Knochens, der Schwere der Verletzung. Die Vermehrung soll eine aufsteigende Kurve befolgen, welche 10—15 Tage nach geschehener Fraktur ihr Maximum erreicht, und dann eine abfallende Kurve bis zum Moment der Heilung. Was das Verhältnis der verschiedenen Leukozytenelemente angeht, so bekäme man das Ins-Spiel-treten einer gewissen Anzahl von Myelozyten, jedoch ohne stabile Beziehung zu der Art der Fraktur. Die vielkernigen neutrophilen, die grossen einkernigen und die Uebergangsformen vermehrten sich auf Kosten der Lymphozyten. Die eosinophilen Elemente neigen in den ersten Tagen der Fraktur zur Verminderung. Ihr sekundäres Verschwinden soll andererseits ein prognostisch ungünstiges Zeichen bilden.

Buccheri-Palermo.

2) **H. Ling Taylor** (New York). Present-day needs of an orthopedic service.

The americ. journ. of orth. surgery 1908. Bd. VI, 1.

Allgemeine Bemerkungen über die fortschreitende Entwicklung der Orthopädie, der immer weitere Grenzen gesteckt werden, wie z. B. an einigen Krankenhäusern schon frische Knochenbrüche den orthopädischen Abteilungen zugewiesen werden. Wichtige Fragen, wie die Neubesetzung des Hoffaschen Lehrstuhls in Berlin, die Errichtung von See- und Krüppelheimen, in denen zugleich Schul- und Handwerksunterricht erteilt wird, werden in der Rede, die die Einleitung zum 22. amerikanischen Orthopäden-Kongress bildet, berührt.

Ewald-Hamburg.

3) **Wilhelm Magnus.** Eine Familie mit sechs Fingern und sechs Zehen.

Norsk Magazin for Laegevidenskaben. Nr. 1. 1909. Pag. 47.

1. Generation: Der Stammvater hatte 6 Finger und 6 Zehen, die Frau war normal. Sie hatten 10 Kinder.

2. Generation: 9 von diesen 10 Kindern hatten 6 Finger und 6 Zehen. Nur ein Kind war normal. Nur über Nr. 5 hat man Erkundigungen. Dieser Nr. 5 hatte mit einer normalen Frau 5 Kinder.

3. Generation: Das älteste Kind war ein Knabe, der wieder 6-fingrig und 6-zehig war; der überzählige Finger und die Zehe waren 3-gliedrig. 5. und 6. Finger viel kürzer als die übrigen. Er war verheiratet, hatte aber keine Kinder.



Nr. 2 war ein Mädchen, das als Kind starb; normal.

Nr. 3 normal, verheiratet, hat keine Kinder.

Nr. 4, Frau, 6 Finger und 6 Zehen; der 5. und 6. Finger viel kürzer als die übrigen, mit 3 Phalangen versehen. Es sind 6 Metakarpalknochen.

Nr. 5, Mann, 6 Finger und Zehen, unverheiratet gestorben.

Nr. 4 wurde mit einem normalen Mann verheiratet und hatte 5 Kinder.

4. Generation: Nr. 1 Frau, 6 Finger und Zehen, verheiratet, ohne Kinder.

Nr. 2, Mann, mit normaler Frau verheiratet. Die 5 ältesten Kinder 6 Finger und Zehen. Das jüngste, 6. Kind, normal.

Nr. 3, Frau, normal, mit normalem Mann verheiratet. Sie haben 2 normale Kinder.

Nr. 4, Frau, 6 Finger und Zehen; mit normalem Mann verheiratet. Sie haben 4 Kinder. Der älteste Knabe hat 6 Finger und Zehen; diese haben 3 Phalangen, sind aber sehr atrophisch und stehen nicht in Verbindung mit den Metakarpalknochen. Die darauf folgenden Kinder sind Zwillinge -- Mädchen — normal. Der letzte, ein Knabe, hatte 6 Finger, aber 5 Zehen.

Nr. 5, Mann, an der rechten Hand 6 Finger, an der linken 7 Finger, die 3 letzten sind verwachsen. Hat 5 normale Zehen.

Die Verhältnisse zwischen 6 und 5 Finger in jeder Generation stellten sich also:

Zu	der	2.	Generation	9	zu	1.
„	„	3.	„	3	„	2.
„	„	4.	„	4	„	2.
„	„	5.	„	7	„	5.

Es scheint, als ob die Missbildungen in den letzten 2 Generationen zum Verschwinden neigen. **Reinhardt-Natvig**-Kristiania.

4) **Aug. Thorndike** (Boston). The regeneration of bone from periosteum.

The americ. journ. of orthop. surg. 1908. IV. p. 455.

Drei Krankengeschichten von kleinen Kindern, denen wegen Tuberkulose resp. Osteomyelitis ein Drittel des Humerus- resp. Femurschaftes inkl. Kopf und Hals, einmal der ganze Fibulaschaft subperiostal entfernt wurde. Die Knochenneubildung wurde röntgenographisch kontrolliert und stellte demnach höchst vollkommene Knochenformen wieder her.



Gelernt hat Th. weiter aus seinen Beobachtungen, dass man tuberkulöse Abszesse wegen der Gefahr der Sekundärinfektion möglichst ungeöffnet lassen soll. Die osteomyelitischen Knochen sollen zunächst drainiert werden; erst 6—8 Wochen später sind die Sequester zu entfernen, sind sie gross, sogar erst in 3—4 Monaten, bis sich eine neue Knochenschale um den toten Knochen gebildet hat. Bei der Sequestrotomie soll dann der grösste Teil der Lade bis auf eine dünne Spange entfernt und dann Periost an Periost gelegt werden, damit es einen soliden Zylinder gibt, der besser ist als ein mit Blut gefüllter Periostschlauch. Den ersten Schatten des neugebildeten Knochens sieht man 5—6 Wochen nach der Operation; erst nach Monaten und Jahren hat die Knochenproduktion ein Ende.

Ewald-Hamburg.

5) **Trappe** (Breslau). Die hysterischen Kontrakturen und ihre Beziehungen zu organisch bedingten Krankheitszuständen des Menschen.

Mitteil. a. d. Grenzg. der Med. u. Chir. 19. Bd. H. 3. S. 514.

Verf. berichtet in seiner Arbeit über Beobachtungen von Fällen hysterischer Kontraktur, die nach Beseitigung der ursprünglich reizauslösenden organischen Ursache bestehen blieb, und teilt die Krankengeschichten mit.

Die Körperhaltung, in der die Kontraktur sich entwickelt, ist keine unwillkürliche, sondern entspricht der Haltung, welche das erkrankte oder verletzte Glied aktiv oder passiv eine Zeit lang eingenommen hat.

Die hysterische Kontraktur entwickelt sich und bleibt bestehen auf Grund schmerzhaft sensibler Reize. Beim hysterisch veranlagten Individuum findet eine Ueberwertung sensibler Reize statt.

Die Muskelkontrakturen, denn um solche handelt es sich bei den hysterischen, stellen nur eine vermehrte aktive Spannungsentwickelung des Muskels vor, zu Veränderungen in der Muskelsubstanz kommt es dabei nicht, jedenfalls nicht ursprünglich.

Manhold-Heidelberg.

6) **Calcaterra** (Genova). Contributo alla conoscenza dei crampi professionali.

La Liguria medica. A. II, Nr. 11.

Durch die Erläuterung von vier klinischen Fällen von Berufskrampf glanbt Verf. beweisen zu können, dass die Vorstellung von dem rein funktionellen oder zentralen Ursprung dieser Krankheitsform nicht unbedingt angenommen werden kann.

Buccheri-Palermo.



7) **Fritsch.** Das diffuse Riesenzellensarkom der Sehnenscheiden.

Beitr. z. klin. Chir. 60. Bd., S. 344.

Fall 1. 31jähriger Mann, der seit seiner Kindheit eine Geschwulst am inneren Knöchel bemerkt hat. Keine Schmerzen und Bewegungsstörungen. Der Tumor geht von den Sehnenscheiden aus. Die Sehne des flexor hallucis longus und Tibialis posticus sind fest mit dem Tumor verwachsen, der zwischen Tibia, Kalkaneus und Talus zapfenartig hineinragt. Exstirpation.

Fall 2. Allmählich entstand der Tumor bei dem 73jährigen Patienten innerhalb der letzten 20 Jahre; wobei besonders zuletzt starke Schmerzen auftraten. Anschwellung des unteren Drittels des Unterarms und in der Hohlhand. Die Tumoren sind prall gespannt und fluktuieren, so dass Diagnose auf Lipoma arborescens gestellt wird. Die Operation zeigt zahllose Fetttträubchen, die aus der Wunde herausquellen und sämtliche Weichteile des Unterarms und der Hand umhüllen. Die Sehnen und Muskeln sind nicht durchwachsen, sondern nur durch den Druck atrophiert, z. T. sind die Sehnen aufgefasert. Mikroskopisch: Sarkoma gigantocellulare. Ablatio des Unterarms. Prognose quoad vitam gut, quoad functionem ungünstig, da die Fälle meistens zu spät in Behandlung kommen.

Meyer-Heidelberg.

8) **A. Dabisch** (Auscha-Deutschböhmen). Zur Aetiologie der Köhlerschen Knochenerkrankung.

Münch. med. Woch. 1908. 44. S. 2285.

Ein 3jähr. Knabe erkrankte unter immer heftiger werdenden Schmerzanfällen in der Gegend der unteren Epiphyse beider Schienbeine, später beider Kniee. Die Anfälle kamen nach längerem Gehen, Laufen, auch häufig vor stürmischem Wetter. Sie nahmen bei Bettruhe und lauen Umschlägen nach etwa 2—3 Stunden ab und waren am nächsten Tage völlig verschwunden. Dieses Spiel wiederholte sich während zweier Jahre alle 8 Tage bis 3 Wochen. Dann war die Krankheit spurlos verschwunden. D. beschuldigt mit Köhler eine während der Gravididät akquirierte Gonorrhoe der Mutter.

Ewald-Hamburg.

9) **F. Haenisch** (Hamburg). Ueber eine häufige, bisher anscheinend unbekannte Erkrankung einzelner kindlicher Knochen.

Münch. med. Woch. 1908. Nr. 46. S. 2377.

Vorgetragen in der biologischen Abteilung des ärztlichen Vereins in Hamburg. 27. X. 1908. Siehe Referat. **Ewald**-Hamburg.



10) **Frank E. Peckham** (Providence). The treatment of some types of rheumatoid disease by means of physical therapeutics (electric light baths etc.).

The american journ. of orth. surg. 1908. April.

P. hat bei chronischem Gelenkrheumatismus sowie Arthritis deformans elektrische Lichtbäder, totale und lokale, mit nachfolgender kalter Abreibung und Vibrationsmassage angewandt, und mit dieser Methode vorzügliche Resultate erzielt. **Ewald**-Hamburg.

11) **Charles F. Painter** (Boston). The place of operative surgery in the treatment of chronic arthritis.

The americ. journal of orth. surg. 1908. April.

P. unterscheidet drei Arten von chronischer Arthritis: die infektiöse Polyarthritis, die atrophische oder rheumatoide und die hypertrophische Arthritis. — Der operative Eingriff kann bezwecken Entfernung von Entzündungsprodukten resp. Zotten oder Korrektion einer Deformität.

Die offene Inzision mit nachfolgender Auswaschung, sowie die Aspiration kommt namentlich bei der gonorrhoischen Arthritis in Frage, ferner bei traumatischen Arthritiden, wenn sie Neigung zu Fibrinbildung zeigen. Kommt es zu erheblicher Zottenwucherung, so muss die Arthrotomie mit Ausräumung des Gelenks gemacht werden. Bei der hypertrophischen Form der Arthritis hat die Arthrotomie nur bei freien Gelenkkörpern Zweck.

Zur Beseitigung von Deformitäten wird bei einer Kontraktur die Mobilisierung unter Anästhesie, eventuell mit Tenotomie der Beuger, angewandt. Besteht eine Ankylose, so ist die Osteotomie, das Brisement forçé oder eine Resektion nötig. Bei der hypertrophischen Form der Arthritis soll mit dem operativen Eingriff gewartet werden; gewöhnlich genügen Apparate.

Sehr wichtig ist in jedem Falle die Nachbehandlung, wobei immer die passiven und aktiven Bewegungen die Hauptrolle spielen. Die einzelne Manipulation darf dabei nicht so hart sein, dass eine reaktive Entzündung ausbricht, muss aber andererseits immer einen, wenn auch kleinen Fortschritt zeitigen. Eine im Gelenk bewegliche Schiene ist oft angebracht. Daneben kommen alle physikalischen Heilmethoden zur Anwendung. **Ewald**-Hamburg.

12) **Muggia** (Bologna). Alcune applicazioni ambulatorie di stasi alla Bier.

Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. A. XXIX. Nr. 107.

Verf. wollte bei ambulatorischen Kranken mit relativ kurzen



Sitzungen sehen, welche Resultate durch Anwendung der Bierschen Stauung zu erzielen wären. Die Kranken, an denen er seine Untersuchungen anstellte, waren teils mit akuten Läsionen, teils mit chronischen Formen, teils auch mit postoperativen Gelenkläsionen behaftet.

In fast sämtlichen Fällen hat die Anwendung der Bierschen Stauung befriedigende Resultate gegeben. Stets wurde nicht nur die Heilung oder wenigstens die Beschränkung des Krankheitsprozesses erzielt, sondern bei den akuten Formen die Dauer des Prozesses abgekürzt und jene Folgezustände, die Gelenkrigiditäten und Ankylosen, vermieden, die recht häufig auch die leichtesten Krankheitsformen zu schweren machen. **Buccheri**-Palermo.

13) **Klotzer.** Zur Kasuistik, zum Wesen und zur Genese der Osteoarthropathie hypertrophiante (Marie).

Diss. Leipzig 1909.

K. stellt, nachdem er die bisher in der Literatur veröffentlichten Fälle wiedergegeben hat, folgende Schlusssätze auf:

1. Die Osteoarthropathie hypertrophiante ist als der Ausdruck einer allgemeinen, die einseitige Form als der Ausdruck einer lokalen Intoxikation aufzufassen.

2. Die einseitige Form — bisher nur in Abhängigkeit von Aneurysmen der Art. subclavia bezw. ihrer benachbarten Gefässabschnitte beobachtet — ist vielleicht zweckmässig als Osteoarthr. hypertroph. aneurysmatique zu bezeichnen.

3. Zum Zustandekommen der Difformität ist eine persönliche individuelle Disposition notwendig.

4. Alle die gewebliche Widerstandskraft schwächenden Potenzen (Grundkrankheit und berufliche Ueberanstrengung der Extremitäten; Zirkulationsstörungen; Neuritis; Trauma; Lues; Alkoholismus etc.) — soweit sie nicht vermöge toxischer Wirkung ätiologisch selbstständig — sind als genetische Hilfsmomente anzusehen.

Blencke-Magdeburg.

14) **Malis** (Basel). Die Kutandiagnose der Tuberkulose bei chirurgischen Leiden.

Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1908. 93. Bd. 3. Heft. S. 252.

Die Pirquet'sche Kutanreaktion ist fast nur an inneren Kranken erprobt worden.

Verf. beschreibt genau die von ihm vorgenommenen Pirquetschen Impfungen an chirurgischen Tb-suspekten Patienten und kommt



ausser der Bestätigung vieler Sätze zu Gunsten der Pirquet-Reaktionen, die schon von Internen aufgestellt worden sind, zum Resultat, dass die chirurgischen Tuberkulösen im allgemeinen viel heftiger reagieren als die Lungentuberkulösen, und meist eine Reaktion zeigen, die bei jenen als seltene und ungewöhnlich starke beschrieben wird.

Manhold - Heidelberg.

15) **Wolff Eisner** und **J. Brandenstein** (Berlin). Ueber Ergebnisse der lokalen Tuberkulinreaktion (Konjunktival- und Kutanreaktion an chirurgischen Kranken, speziell bei Kindern.

Mitteil. a. d. Grenzg. d. Med. u. Chir. 19. Bd., H. 3, S. 381.

Die Verf. fanden, dass, wie auch bei inneren Kranken, bei chirurgischen die positive Konjunktivalreaktion eine aktive Tuberkulose und nur eine solche anzeigt, die positive Kutanreaktion auch bei latenter Tuberkulose vorkommt.

Bei Kindern war im allgemeinen die Konjunktivalreaktion schwer auszuführen wegen des Weinens (Ausschwemmung des Tuberkulins); andererseits die Beurteilung des Ausfalls auch durch die infolge Weinens vorgetäuschte Rötung erschwert. Die Konjunktivalreaktion ist bei genauer Beachtung der Technik und der Kontraindikationen vollkommen gefahrlos. Als Kontraindikationen gelten Vorhandensein von Augenkrankheiten, besonders tuberkulöser Natur; ferner: schon vorgenommene Impfung desselben Auges.

Neben der konjunktivalen empfehlen Verf. stets auch die kutane Reaktion auszuführen.

Die diagnostischen und prognostischen Schlussfolgerungen der beiden Reaktionen kommen ebenso den Chirurgen, wie den Internen, zu gute — dies ist der Schluss, zu dem die Verf. auf Grund ihrer Beobachtungen kommen.

Bei Skrophulose fanden sie bei erethischen Formen eine positive, bei torpiden eine negative Ophthalmoreaktion.

Manhold-Heidelberg.

16) **Vogel** (Dortmund). Ueber Gelenktuberkulose.

Deutsche Zeitschr. für Chir. 97. Bd. 1.—2. H., p. 1.

Mit Erläuterung durch Kurven gibt Verf. eine Statistik über Gelenktuberkulose an Hand von 349 von ihm selbst am Johannesspital zu Bonn im Verlauf von 9 Jahren behandelten Fälle.

In einer allgemeinen Uebersicht geht er auf Aetiologie und Therapie der Gelenktuberkulose ein, in einem speziellen Teil nimmt er ausführlich die von ihm behandelten Fälle von Hüft-, Knie-, Fuss-, Schulter-, Ellenbogen- und Handgelenkstuberkulose durch. Als Anhang bespricht er die wechselnden Resultate der Stauungshyperämie nach Bier. **Manhold**-Heidelberg.

17) **Bernabeo** (Napoli). Sulla „cura Bernabeo" nella tubercolosi chirurgica.

Il Tommasi. A. III, Nr. 18.

Die Arbeit ist im grossen und ganzen die nachstehende. In jedem Fall von Gelenktuberkulose macht Verf., welches auch immer das befallene Gelenk sein möge, auch die Immobilisierung mit gefenstertem Gipsverband. Die Injektion erfolgt intraartikulär, begonnen wird mit $^{1}/_{4}$ Spritze, und wie sich der Organismus daran gewöhnt, wird auf 2 ccm gestiegen. Ausgezeichnete Resultate.

Buccheri-Palermo.

18) **Bernabeo** (Napoli). Contributo alla cura della tubercolosi chirurgica.

La Riforma medica. A. XXIV, Nr. 25.

Seit einigen Jahren greift Verfasser nicht mehr operativ ein, sondern sorgt für Steigerung der Leukozytose, welche bekanntlich die Reaktion ist, die der Organismus dem Eindringen jeder Krankheit entgegenstellt.

Unter den Substanzen, deren Vermögen zur Steigerung der Leukozytose experimentell erprobt wurde, fand er den Blutegelsaft, welcher kombiniert mit Asa foetida und Menthol schmerzlos injiziert werden kann.

Er bringt viele Krankengeschichten von schweren multiplen tuberkulösen Affektionen, bei denen er in kurzer Zeit absolute Heilung erzielte. **Buccheri**-Palermo.

19) **R. Horand** (Lyon). Tuberculose sclérosante. Rheumatisme tuberculeux articulaire. — Camptodaktylie. — Inflexion permanente du petit doigt d'origine tuberculeuse, et exostose de la tubérosité antérieure du tibia droit.

Revue d'orthop. 1908. Juli. p. 289.

Der Fall eines 23j. Mannes, der eine langsam zunehmende Beugekontraktur im I. Interphalangealgelenk des rechten kleinen Fingers und rheumatische Erscheinungen in anderen Fingergelenken,



sowie auch in einigen grossen Gelenken hat, soll beweisen, dass die Kontraktur nicht Folge einer Knochenveränderung ist, sondern das Resultat eines tuberkulösen sklerotischen Prozesses der Weichteile. Das Röntgenbild zeigt intakte Knochen. Weshalb die Weichteilretraktion gerade tuberkulösen Ursprungs sein soll, ist aus der Darstellung nicht ersichtlich. **Ewald**-Hamburg.

20) **Leopold Freund.** Die Röntgenbehandlung tuberkulöser Osteoarthritiden.

Wiener med. Wochenschr. 1908. Nr. 43—45.

Verf. erörtert mit Anführung zahlreicher eigener günstiger Erfahrungen und mit reichlichen Literaturnachweisen die Indikationen und Technik der Röntgenbehandlung tuberkulöser Knochen- und Gelenkerkrankungen. Die Methode bietet insbesondere dann Aussichten auf radikale, schnelle Erfolge, wenn es sich um oberflächlich gelegene kariöse Herde kleiner Knochen und Gelenke handelt, wenn die Synovia gar nicht oder nur wenig an der Erkrankung mitbeteiligt ist und wenn keine Retention von Eiter und Knochentrümmern stattfindet. Wichtig ist die chirurgische Nebenbehandlung (Eröffnung von Abszessen, richtige Stellung des kranken Teiles etc.). **Spitzy**-Graz.

21) **E. W. Ryerson** (Chicago). Blastomycosis; report of two cases resembling bone tuberculosis.

The americ. journ. of orth. surg. 1908. Bd. VI, 1.

In den beiden Fällen, die Männer in den zwanziger Jahren betrafen, bildeten sich an Lungen, Haut, Knochen und Gelenken in schleichender Weise Erscheinungen heraus, die völlig tuberkulösen Erkrankungen glichen. Erst als der Eiter, der aus den Gelenken durch Aspiration gewonnen war, mikroskopisch untersucht wurde, konnte die Diagnose: „Blastomycose" gestellt werden. Da diese gewöhnlich nur an der Haut auftritt, war ein diagnostischer Irrtum verzeihlich. **Ewald**-Hamburg.

22) **Pudor** (Leipzig). Die Kunst des Atmens.

Zeitschr. für physik. und diätet. Therapie. XII. Bd., 11. H., p. 678.

P. weist auf die Wichtigkeit des richtigen Atmens hin bei allen sportlichen Uebungen und führt als leuchtendes Beispiel die alten Griechen an. Bei jedem Unterricht in Schwimmen, Turnen etc. sollte der Lernende gleich bei Anfang der Uebungen dazu angehalten werden, tief und regelmässig zu atmen. Dadurch würde dem allgemein üblichen Unfug, bei irgend einer beginnenden Körper-

anstrengung erst den Atem anzuhalten, gesteuert werden, auf diese Weise die Kohlensäureanhäufung im Blut und deren Folgen für den Körper vermieden werden. **Manhold**-Heidelberg.

23) **Bayer** (Prag). Ueber eine schwache Stelle bei Turnern.
Med. Klinik 1909. Nr. 6, p. 207.

Verf. glaubt an die Möglichkeit eines Zusammenhanges turnerischer Traumen mit bestimmter Lokalisation von Erkrankungen; er wurde in dieser Annahme bestärkt durch zwei Beobachtungen seiner Praxis.

In dem einen Fall handelte es sich um einen 25jährigen Turnlehrer, der an einem Tumor duodeni litt, welcher sich bei der Sektion als Sarkom der retroperitonealen Lymphdrüsen erwies.

Die turnerischen Traumen hatten entweder einen locus minoris, resistentiae geschaffen, wenn nicht die Entstehung der Geschwulst angeregt.

Im zweiten Fall handelte es sich um einen passionierten Turner, der an Thrombose der Gefässe des Mesenteriums der obersten Dünndarmschlingen nach Operation starb.

Als „schwache Stelle" bezeichnet Verf. den Hiatus aorticus und seine Umgebung. Die Organe sind hier an der hinteren Bauchwand fixiert. Zerrungen durch die Zwerchfellschenkel machen sich schon bei forcierter In- und Exspiration geltend, wie viel mehr bei starken Bewegungen des ganzen Rumpfes, wie es beim Turnen geschieht.

An dieser Stelle sind Insulte der hier entspringenden Gefässe (truncus coeliacus, vena portae), der retroperitonealen Lymphdrüsen, des Pankreas, Duodenum und des obersten Abschnittes des Dünndarmgekröses leicht denkbar. **Manhold** - Heidelberg.

24) **Fisch** (Wien-Franzensbad). Mechanische Herzregulation als Uebungstherapie bei Herzkranken.
Med. Klinik 1909. Nr. 7. p. 246.

Verf. empfiehlt einen von ihm konstruierten Apparat, der Brust- und Bauchatmung unterstützt, ohne starken Druck auf die betreffenden Partien auszuüben. Durch die vertiefte Respiration wird der Blutkreislauf befördert. Der Apparat ist nur durch eine Hand in Bewegung zu setzen, die andere ist frei zum Pulsfühlen etc.

Neben der Massage wird durch Kältewirkung (mittelst eines Kühlapparates) das Herz günstig beeinflusst. Die Anwendung des Apparates ist zu raten bei akuter und chronischer Herzmuskel-

schwäche mit dyspnoischen Zuständen, Klappenfehlern, Herzmuskelerkrankungen, Wiederbelebungsversuchen, Stoffwechselanomalien; kontraindiziert ist er bei allen frischen Entzündungen.

Manhold - Heidelberg.

25) **J. Stitaj.** Ein Thermomassageapparat für den praktischen Arzt.

Wiener med. Wochenschr. 1908. Nr. 49.

St.'s Apparat besteht aus einer hohlen Metallwalze, welche mit warmem Wasser gefüllt und in der üblichen Art angewendet wird. Verf. bespricht die Indikationen zur Thermomassage.

Spitzy - Graz.

26) **W. G. Turner** (Montreal). Hyperaemia as a therapeutic agent.

The american journ. of orth. surg. 1908. April.

Nach Darlegung der bekannten von Bier aufgestellten Prinzipien der Stauungs- und Saughyperämie und seiner Technik, werden die Behandlungsdauer sowie einige von Bier erzielte Resultate mitgeteilt.

Ewald-Hamburg.

27) **Bernstein.** Zur Technik der Bandagenbehandlung der Brüche.

Zeitschr. f. ärztl. Fortb. 1908. Nr. 23.

B. hat unter Mitarbeit eines Berliner Bandagisten zwei Bruchbänder konstruiert, die allen Anforderungen gerecht werden. Die Vorzüge des einen, Multiform genannt, bestehen darin, dass sämtliche Teile einzeln auswechselbar sind, dass die Feder vierfach vor Rost geschützt ist, dass der Trikotbezug schweissaufsaugend und schweissverdunstend wirkt und dass die Pelotten in zwei Achsen, längs und quer, verstellbar sind. Da dieses Bruchband sich aber nur bei Brüchen von etwa Hühnereigrösse anwenden lässt, hat B. noch ein zweites konstruiert, das in drei stereometrischen Achsen verstellbar ist und das uneingeschränkt für alle Leisten- und Schenkelbrüche benutzt werden kann, sobald sich diese nur reponieren lassen. Sogar Brüche von Kindskopfgrösse werden durch dasselbe zurückgehalten. Die Pelottenform ist seiner Meinung nach Nebensache, Hauptsache ist und bleibt die Verstellbarkeit in zwei und drei Achsen. Der grösste Teil der Radikaloperationen lässt sich nach des Verf. Ansicht vermeiden bei Anwendung solcher Bruchbänder.

Blencke - Magdeburg.



28) **Compton Riely** (Baltimore). Report of a case of chronic dislocation of the lower jaw, also presenting a simple device for maintaining reduction.

The american journal of orthop. surg. 1908. April, p. 477.

Eine 25 jährige Patientin litt nach einer mehrstündigen Zahnoperation schon seit 3 Jahren an einer habituellen Unterkieferluxation, die täglich mehrmals beim Essen, Lachen, Gähnen (auch im Schlaf!) auftrat. Da die Pat. deswegen keine festen Speisen mehr zu sich nehmen konnte, magerte sie stark ab, so dass unbedingte Hilfe nottat. R. passte einen federnden Drahtbügel über den Kopf an; die Enden des Bügels trugen je ein rundes Filzstück, die direkt einen Druck auf das Kiefergelenk ausübten. Die Luxation trat beim Tragen dieses Apparates nicht mehr auf. Nach einer längeren Massage- und Elektrizitätsbehandlung konnte sogar der Bügel weggelassen werden. **Ewald**-Hamburg.

29) **Orlowski** (Berlin). Ueber die kosmetische Umformung einer knorpeligen Nasendifformität durch Massage.

Med. Klinik 1909. Nr. 4, p. 134.

Die operative Nasenkosmetik ist beim Publikum unbeliebt, erstens wegen der zweifelhaften Resultate, zweitens wegen der grossen Kosten.

Verf. empfiehlt eine von ihm ausgebildete Methode der Nasenmassage zur Beseitigung einer bestimmten Difformität, der „Nasenspitzenblähung“, die darauf beruht, dass die Cartilago triangularis und der laterale Schenkel der Cartilago alaris major miteinander verwachsen sind. Die Nüsternblähung ist unmöglich, weil gleichzeitig eine Schwäche oder Atrophie der Pars alaris des Musculus nasalis besteht.

Durch teils äussere, teils innere Massage wird an der Nase eine Rarefikation des Knorpels zustande gebracht, der Muskel gestärkt, mechanisch die Cartilago triangularis in mediale Position gebracht und die Cartilago alaris vom Nasenloch aus nach aussen gedrängt.

Einen befriedigenden Erfolg dieser Massage sah Verf. nach 2—3 Monaten. **Manhold**-Heidelberg.

30) **Joel E. Goldthwait.** A consideration of the round or stoop shoulder deformity.

The american journal of orthop. surg. 1908. April.

In der Kindheit nur eine Haltungsanomalie wird die hängende Schulter beim Erwachsenen ein ernsteres Leiden.

Normal soll das Zentrum des Schultergelenks hinter der Körpermitte liegen. Werden nun die Schultermuskeln schwächer, so muss die Skapula sich nach vorn bewegen und flügelförmig abstehen. Ist dazu noch ein runder Rücken vorhanden, so ist die Neigung der Schulter, nach vorn zu fallen, noch grösser und veranlasst ihrerseits wiederum eine Verschlimmerung des runden Rückens. Das Nachvornfallen vollzieht sich nun im oberen Teil der Skapula mehr als im unteren, so dass der obere Teil nicht mehr mit dem Thorax in Berührung bleibt und daher — vorausgesetzt, dass der Knochen noch nachgiebig ist — nach vorn umgebogen wird. So kommt eine scharfe Abknickung des oberhalb der Gräte gelegenen Skapulateils zustande. G. bringt Bilder, die von der leicht und gleichmässig gebogenen normalen Skapula erheblich abweichen.

Wie anatomische Untersuchungen lehren, besteht überhaupt eine starke Variation in Grösse und Gestalt der Skapula, namentlich des oberen Winkels. Zum Teil ist dies durch den physiologischen Hochstand beim Embryo zu erklären, z. T. aber und häufiger durch die veränderte Stellung der Skapula wegen der Muskelschwäche (hervorgerufen durch Trauma, Lähmung, Beruf und Kleidung [Schulterträger!]). Manchmal wird über Schmerzen in der Schulter- und Nackengegend geklagt. Oft ist eine Bewegungsstörung in der Schulter vorhanden. Krepitation (Skapularkrachen) ist oft zu konstatieren und kommt nicht etwa von einer Bursitis her, da es keine nennenswerten subskapularen Schleimbeutel gibt.

Ther.: Präventivbehandlung bei Kindern (Kleidung!), Kleiderträger, die sich auf dem Rücken kreuzen, wodurch ein Druck auf die lateralen Schulterpartien vermieden wird. — Hat sich die hängende Schulter schon herausgebildet, so muss ein Korsett den Körper aufrecht- und die Schultern zurückhalten. Ist die Skapula noch nicht selbst deformiert, so genügt dies, um im Verein mit Uebungen, die die hintere Schultermuskulatur kräftigen, in 3 bis 4 Monaten normale Verhältnisse zu schaffen. G. wendet ein Korsett an, das in der Hauptsache dem Nyropschen Geradehalter entspricht. Bei noch bildungsfähigem Knochen kann die umgebogene Skapula durch einen federnden Stahlstreifen, der mit dem Korsett in Verbindung steht, an den Thorax angedrückt werden. Nach dem 15. Lebenjahre muss gewöhnlich die Deformität operativ beseitigt werden (Exstirpation des oberhalb der Gräte befindlichen gebogenen Skapulateils; nach 14 Tagen Uebungen der Arm- und Rückenmuskulatur).

Ewald-Hamburg.



31) **E. Kirsch** (Magdeburg). Untersuchungen über habituelle Skoliose.

Archiv für Orthop., Mechanoth. und Unfallchirurgie. 1908. Bd. VII, 1. Heft.

K. hat an über 1000 Volksschulkindern Untersuchungen angestellt, die ihm zu folgenden Mitteilungen Anlass geben: Es ist sehr die Frage, ob aus einer habituellen Schiefhaltung eine schwere Verkrümmung werden kann. Die Belastungstheorie muss als alleinige Ursache der Skoliose angezweifelt werden. Es kommt auf jeden Fall ein rachitischer oder der Rachitis ähnlicher Prozess hinzu, der früher oder später erst in Erscheinung tritt resp. erkannt wird.

K. unterscheidet fixierte und nicht fixierte Skoliosen (bei letzteren gleicht sich die Torsion in Vorbeugehaltung aus). Er hat ca. 500 Kinder beim Eintritt in die Schule und ebensoviele beim Austritt untersucht. Aus den mitgeteilten Tabellen entnehmen wir, dass bei Mädchen beim Schulanfang 21,9 % Skoliosen gefunden wurden, beim Schulende 41,1 %. Bei Knaben sind die Zahlen 19 % und 21,4 %. Davon waren bei Mädchen 7,4 % (resp. 12,9 %) fixiert, bei Knaben 7,2 (resp. 6 %).

Der Einfluss der Schule ist im Anschwellen der Skoliosenzahl von ca. 20 % auf 30 % zu sehen, und zwar sind die Mädchen erheblich stärker beteiligt als die Knaben, namentlich bezüglich der unfixierten Skoliose. Die Zunahme der fixierten Skoliose beträgt bei Mädchen 5,5 %, bei Knaben 0 %. (Turnen?)

In therapeutischer Beziehung ergibt sich, dass man mit der Behandlung der Skoliose möglichst früh — noch vor der Schule — anfangen soll. K. legt den Hauptwert auf ein energisch redressierendes Lagerungsbett mit schrägen Gurten. Nach seiner Ansicht sollte das Gipsbett bei der Skoliose keine Anwendung finden.

Ewald-Hamburg.

32) **A. Schanz** (Dresden). Insufficientia vertebrae und Skoliose.

Berliner klin. Wochenschr. 1908. Nr. 43. S. 1923.

Sch. gelangt auf Grund seiner neuesten Untersuchungen zu folgenden Anschauungen:

In der Entwicklungsperiode jeder Skoliose tritt der Symptomenkomplex der Insufficientia vertebrae (beim Beklopfen der Dornfortsatzlinie Schmerzen, Druckschmerz an den Lendenwirbelkörpern, ausstrahlende Schmerzen) in die Erscheinung. Bei mangelhafter Untersuchung und ungenügender Aufnahme der Anamnese werden



freilich diese Symptome sehr leicht übersehen. Sch. zieht nun folgenden Schluss: „Kann ich nachweisen, dass mit der aus einem Belastungsmissverhältnis hervorgehenden Skoliose regelmässig Beschwerden der Insufficientia vertebrae verbunden sind, so kann ich weiter schliessen, dass in diesem Belastungsmissverhältnis die Ursache jener Beschwerden gegeben ist, auch in Fällen, wo eine anatomische Formveränderung der Wirbelsäule noch nicht eingetreten ist."

Die im Wachsen begriffene Skoliose soll die erwähnten Schmerzstellen aufweisen, während in einen stationären Zustand getretene Skoliose ohne Schmerzstellen sein soll.

Die Fälle, bei denen das Bild der Insufficientia vertebrae sehr lebhaft in die Erscheinung tritt, vertragen die gymnastischen Uebungen sehr schlecht. Daher individualisierende Behandlung!

Stoffel - Heidelberg.

33) **Wollenberg.** Die Diagnose und Therapie der seitlichen Rückgratsverkrümmungen.

Zeitschr. f. ärztl. Fortb. 1909. Nr. 2.

Ausgehend von dem Gedanken, dass die schweren Formen der Skoliose seltener zur Beobachtung kommen werden, je mehr der praktische Arzt mit Rat und Tat sich an der Skoliosenfrage beteiligen wird, hat W. die vorliegende Arbeit geschrieben und in derselben von den beiden Fragen, der Diagnose und der Therapie, die Punkte hervorgehoben, welche das besondere Interesse des Praktikers verdienen. — Ich brauche wohl nicht näher darauf einzugehen, da ja in der lediglich für den Praktiker bestimmten Arbeit nichts neues für den Orthopäden zu finden ist.

Blencke - Magdeburg.

34) **E. H. Bradford** (Boston). Studies in the treatment of scoliosis.

The americ. journ. of orth. surg. 1908. April.

B. glaubt beim wachsenden Individuum durch permanent wirkenden Druck Rippen- und Wirbeldeformitäten heilen zu können. Vom Gipskorsett fordert er, dass es über die Schultern weggeht, da es sonst nicht nur nichts nützt, sondern sogar durch Verschieben des Verbandes einen Druck auf die Konkavität ausüben kann. Abnehmbare Korsetts müssen auch wirklich einen immer mehr sich steigernden Druck an einer gewollten Stelle hervorbringen. Ein Druck kann in der Hauptsache nur an den Rippen wirken, Becken

und Hals müssen die Stützpunkte sein. Das Korsett, das B. beschreibt, korrigiert sämtliche Anamalien in mehr oder weniger befriedigender Weise. Es wird aus Zelluloid oder Leder über einem Modell gearbeitet und reicht vom Becken bis etwas unterhalb der Achselhöhle, ist vorn zum Schnüren eingerichtet, hat Schulterbänder und verschiedene Verstärkungs- und korrigierende Stahlstreifen.

Ewald-Hamburg.

35) **E. H. Bradford** (Boston). Simple methods in recording Scoliosis.

The american journal of orth. surg. 1908. April.

B. wendet zum Messen des Torsionswulstes Wachsstreifen an in ähnlicher Weise, wie Andere Bleistreifen benutzen. — Ein einfach konstruierter Messapparat ähnelt dem Mikuliczschen. — Ein drittes Verfahren besteht darin, dass der Patient mit dem Rücken dicht gegen eine Glas- oder durchsichtige Zelluloidplatte gelehnt steht, und nun die Umrisse seines Rückens genommen werden.

Ewald-Hamburg.

36) **Haglund** (Stockholm). Isolierte Frakturen der Processus transversi der Lendenwirbelsäule.

Deutsche Zeitschr. f. Chir. 96. Bd. 4.—6. H., S. 321.

Verf. beschreibt aus seiner Praxis der letzten sechs Jahre 5 Fälle, wo von ihm die Diagnose Fraktur eines Proc. transv. der Lendenwirbelsäule nach den Klagen der Patienten und durch palpatorischen Befund gestellt worden war. Die Diagnose wurde durch Röntgenbilder bestätigt.

Verf. will damit nur sagen, dass diese Verletzungen keine so grosse Seltenheit sind, als die sie von anderen Autoren bezeichnet wurden, und dass der praktische Arzt in vielen Fällen, die als Verstreckung bezeichnet werden, wo Funktionsstörungen und Schmerzen im Rücken vorhanden sind, auch die Diagnose „isolierte Fraktur eines Proc. transversus" in Betracht ziehen möge.

Oft bildet sich eine Zwangsskoliose aus mit der Konkavität nach der verletzten Seite.

Meist ist direkte Gewalteinwirkung die Ursache des Unfalls. Seltener forzierte Muskelkontraktion bei Bestrebungen das Gleichgewicht zu wahren.

Manhold-Heidelberg.

37) **L. Della Valle** (Genova). Atrofia muscolare in morbo di Pott.

La Liguria medica. A. II, Nr. 5.

Verf. berichtet über einen Fall, in dem infolge zervikaler



Pottscher Krankheit Paraplegie, Atrophie der Daumenballen und der Zwischenknochenmuskeln auftrat, alles in Abhängigkeit von der zervikalen Spondylitis, verbunden mit einer raschen schweren Kompression, welche nicht nur die Funktion der Arme, sondern auch die Leitung der das Halsmark durchziehenden für die Unterextremitäten bestimmten Fasern gefährdet hat. **Buccheri**-Palermo.

38) **P. Tridon** (Berck). Mal de Pott et doigts Hippocratiques.
Revue d'orth. 1908. Juli. p. 347.

T. teilt 2 Fälle von Spondylitis mit, bei denen so starke Thoraxdeformitäten vorhanden waren, dass zeitweise Zirkulationsstörungen infolge Herzinsuffizienz eintraten. Die Folge waren Trommelschlägelfinger und eine unverhältnismässige Vergrösserung der ossa metacarpalia, namentlich aber der Phalangen.

Ewald - Hamburg.

39) **Rieger.** Beitrag zur Therapie der Kompressionsmyelitis infolge Spondylitis tuberculosa.
Diss. Leipzig 1908.

Nach einigen kurzen Worten über die Geschichte der Trepanation der Wirbelsäule bei Frakturen und spondylitischen Lähmungen berichtet R. über einen Fall von Spondylitis mit Kompressionslähmung, der in der Berliner Universitätsklinik von Lexer operiert wurde. Mit Rücksicht darauf, dass trotz sachgemäss ausgeführter mechanischer Behandlung der gewünschte Erfolg ausblieb, ja sogar eine deutliche Verschlimmerung der Rückenmarkserscheinungen eintrat, wurde bald zu einer operativen Behandlung geschritten, um mit noch möglichst wenig irreparablen Veränderungen am Rückenmark rechnen zu müssen. Die Kompressionsursache konnte mit ihren Folgen durch die Operation beseitigt werden, nicht aber natürlich die bereits vorhandenen Veränderungen des Markes. An der Hand dieses Falles kommt R. sodann in der ausführlichsten Weise auf die Pathogenese der bei Spondylitis auftretenden Lähmungen zu sprechen, da ja doch die Frage, ob ein operativer Eingriff rationell ist und mit Aussicht auf Erfolg überhaupt unternommen werden kann, hauptsächlich von den anatomischen Veränderungen abhängt, welche im Verlauf der Wirbelkaries so oft die schwere Funktionsstörung des Rückenmarks bedingen. Ein Ueberblick über den heutigen Stand der Therapie dieser Lähmungen beschliesst die sehr lesenswerte Arbeit, der noch ein Literaturverzeichnis von 111 Arbeiten beigegeben ist. **Blencke**-Magdeburg.



40) **E. Finckh** (Tübingen). Ueber spondylitische Abszesse des Mediastinum posticum.

Beiträge z. klin. Chir. 1908. Bd. 56. H. 1. p. 65.

Die Diagnose eines spondylitischen Abszesses im hinteren Mediastinalraum ist bisher in vivo selten gestellt worden. F. teilt einen Fall mit, bei dem dies mit Hilfe der Röntgenstrahlen möglich war. Bei dem 14jährigen Mädchen war vor einem viertel Jahr eine immer mehr zunehmende Erschwerung des Atmens aufgetreten. Seit langem bestanden schon Erscheinungen multipler Tuberkulose (Gibbus im Bereich der obersten Brustwirbel, multiple kalte Abszesse, Lungeninfiltration). Im Vordergrund stand die durch deutlichen Stridor gekennzeichnete Erschwerung der Atmung. Der Gibbus wies auf einen spondylitischen Abszess hin, der durch Röntgenaufnahme sicher gestellt wurde: Man sah bei der Durchleuchtung deutlich vor den obersten Brustwirbeln einen breiten, rundlich begrenzten Schatten mit schwachen pulsatorischen und deutlichen respiratorischen Bewegungen. Die Stenose der Luftwege wird durch das Anpressen der Bifurkation gegen das Sternum erklärt. Da die Beschwerden bedrohlich wurden, so wurde der Abszess vom dritten rechten Interkostalraum dicht neben dem Proc. transversus punktiert und 500 ccm Eiter entleert, wodurch die Atmung sichtlich freier wurde. Zum Schluss 40 cbcm. Jodoformöl injiziert. Punktion wurde noch 4 mal alle 4—6 Wochen wiederholt. Doch trat nach einigen Monaten unter Erscheinungen der Kompressionsmyelitis der Exitus ein. Die Sektion bestätigte die durch den Röntgenbefund gestellte Diagnose: Der prävertebrale Abszess geht vom 1., 2. und 3. Brustwirbel aus. Die anschliessenden Hals- und Brustwirbel sind kariös.

Ewald-Hamburg.

41) **Georg Müller** (Berlin). Ein Fall von schwerer Spondylarthritis deformans, gebessert durch Fibrolysinbehandlung.

Med. Klinik 1909. Nr. 3. S. 91.

Verf. berichtet über einen Fall aus seiner Praxis, wo er bei schwerer Spondylitis deformans nach 20 Einspritzungen von Fibrolysin und auxiliärer Behandlung mit Lichtbädern, Dampfduschen, kräftiger Massage und passiven Widerstandsbewegungen ein auffallend gutes Heilungsresultat bei einer 39jährigen Patientin, deren Leiden schon im 19. Lebensjahr angefangen, sich aber im Verlauf der Ehe und von 6 sonst normalen Geburten sehr verschlechtert hatte, erzielte. Die Behandlung dauerte 4 Wochen.



Nach einiger Zeit soll ein neuer Behandlungsturnus einsetzen. Verf. wollte nur in Anbetracht des auffallend günstigen Resultates der Fibrolysinbehandlung schon jetzt eine diesbezügliche Notiz veröffentlichen. **Manhold** - Heidelberg.

42) **Röpke** (Jena). Ueber progressive Rippenknorpelnekrose.

Archiv f. klin. Chir. 87. Bd., 4. H., S. 970.

Akute Erkrankungen der Rippenknorpel kommen sehr selten vor, meist sind es aus der Umgebung fortgeleitete, besonders chronisch tuberkulöse Prozesse, die auch die Rippenknorpel befallen.

Sobald ein pathogener Herd sich im Rippenknorpel gebildet hat, ist er nur sehr schwer und durch ausgedehnte Radikaloperationen zu entfernen. Dieser Umstand ist bedingt einerseits durch die anatomischen Verhältnisse der Blutversorgung im Rippenknorpel — eine ausgiebige findet nur an der Knochenknorpelgrenze von der Rippe aus statt, daher verbreiten sich nekrotische Prozesse distal von der Rippe sehr schnell im Knorpel; andererseits stehen die Knorpel der einzelnen Rippen durch den Bandapparat miteinander in Verbindung, und ein rasches Uebergreifen der Erkrankung von einem Rippenknorpel zum andern ist die Regel.

Als Entzündungs- und Eitererreger an den Rippenknorpeln wurden gefunden ausser den gewöhnlichen: Typhusbazillen, Bacterium coli, Pneumonieerreger.

Verf. beschreibt genau die von ihm beobachteten Fälle von Rippenknorpelnekrosen. Es handelte sich in allen Fällen um ältere Leute. Das Alter wird auch als begünstigendes Moment für Zustandekommen der Knorpelnekrosen angesehen — Vaskularisation und Markraumbildung im Alter, dadurch leichtere Verbreitung des Eiters. Alle Fälle wurden durch ausgedehnte Resektionen der erkrankten Teile geheilt. **Manhold** - Heidelberg.

43) **Jenkel.** Traumatische Heterotopie des Rückenmarkes.

Arch. f. klin. Chir. Bd. 83. H. 1. S. 275.

Ein 36jähriger Mann bot nach einem Fall von $2^1/_2$ m Höhe auf das Genick die Zeichen der Querschnittsläsion in Höhe des V. Halssegmentes. Als Grund dafür wurde eine Fraktur des V. Halswirbels ev. Hämatomyelie angenommen. Bei der Sektion fand sich am knöchernen Skelett der Wirbelsäule keinerlei Veränderung, ebenso keine extra- oder intradurale Blutung. Makroskopisch war das Rückenmark selbst auch unverändert. Die mikroskopische Untersuchung dagegen ergab eine völlige Absprengung und Verlagerung



der beiden Hinterhörner in die weisse Substanz hinein in der Höhe des 5. Halssegmentes. Ausgedehntere Blutungen, Erweichungs- oder Nekrosenheerde fehlten.

Es ist dies der erste bekannte Fall von traumatischer Heterotopie des Rückenmarkes. Sein Zustandekommen erklärt sich so, dass durch den Sturz auf das Genick und die dadurch bedingte Drehung des Kopfes das Rückenmark nach hinten konvex abgeknickt wurde, sodass die Hinterhörner an der nachgiebigsten Stelle abrissen und in die weisse Substanz verlagert wurden. **Lindenstein**-Heidelberg.

44) **J. Abadie** (Oran). Malformation curieuse du membre supérieur.

Revue d'orthop. 1908. Juli. p. 317.

Bei dem 20jährigen Individuum zeigten sich am rechten Arm folgende Missbildungen (durch Röntgenbild näher erläutert): Partieller Defekt der Ulna, des ulnaren Teils der Hand, sowie des IV. und V. Finger („Defekt des ulnaren Strahls“). — Zwischen II. und III. Finger besteht eine Syndaktylie. Ferner besteht — eine sehr seltene Besonderheit — kein Ellenbogengelenk, Humerus und Radius sind knöchern mit einander verbunden. (Erst 5 Fälle radiographisch beobachtet!) **Ewald**-Hamburg.

45) **Willy Heimann** (Berlin). Ueber einige subkutane Muskel- und Sehnenverletzungen an den oberen Gliedmassen.

Monatsschr. f. Unfallheilk. 1908. H. 8 u. 9.

Nach einer Literaturzusammenstellung kommen weitaus am häufigsten von den Muskelverletzungen am Arm und Schultergürtel Bizepsrisse vor. H. geht nur auf die indirekt entstandenen Muskeleinrisse resp. -Zerreissungen ein. Er stellt fest, dass der Zustand des Muskels sehr wesentlich ist, insofern als der kontrahierte Muskel viel leichter zerreisslich ist als der schlaffe, dem eine grosse Dehnbarkeit innewohnt. (Thiem.) Aus dem Missverhältnis der Belastung und der Eigenelastizität des kontrahierten Muskels resultiert die Ruptur. Der Belastungsfaktor kann noch durch den Widerstand des Körpers resp. einer unvorhergesehenen forzierten Bewegung kompliziert werden. Der Entstehungsmechanismus der Muskelrisse wird genau beschrieben. Die Prognose ist verhältnismässig günstig. Unter 122 Soldaten (Knaack) mit subkutanen Muskelzerreissungen wurden 84 % völlig geheilt, 8 % gebessert und nur 8 % dienstunfähig.

H. berichtet über 6 Risse des Bizeps, von denen 2 die periphere Sehne betrafen, einer den medialen (kurzen) Kopf, die übrigen drei



den äusseren (langen) Kopf am Uebergang vom Muskel zur Sehne. Ferner beschreibt er einen Fall von Trizepsruptur und zwei Fälle von Riss des pectoralis major.

Die Behandlung war in allen Fällen eine unblutige (Massage, mediko-mechanische Uebungen, Faradisation). Meist blieb eine teilweise Erwerbsbeschränkung zurück. **Ewald**-Hamburg.

46) **O. Wandel** (Kiel). Ueber nervöse Störungen der oberen Extremität bei Arteriosklerose (Dyskinesia und Paraesthesia intermittens).

Münch. med. Woch. 1908. 44. p. 2268.

Nervöse Störungen bei peripherer Arteriosklerose kommen sicher häufiger vor, als sie beschrieben sind (Dyspraxie, intermittierendes Hinken, Dysbasie) Berufsschädlichkeiten, namentlich Durchnässungen spielen eine Hauptrolle. W. beschreibt einen Fall von sensibler und motorischer Störung bei einem 50jährigen Alkoholiker, der im übrigen an einer Aorteninsuffizienz leidet. Schon bei leichten körperlichen Anstrengungen (z. B. Essen) aber auch nur dann, treten plötzlich krampfhafte Schmerzen im Ulnarisgebiet einer Hand auf, verbunden mit spastischer Streckstellung des IV. und V. Fingers. Nach einigen Minuten ist der Anfall vorüber. W. ist der Meinung, dass örtliche Zirkulationsstörungen am N. ulnaris vor sich gehen, hervorgerufen durch eine bevorzugte Entwickelung des arteriosklerotischen Prozesses in der Art. ulnaris. **Ewald**-Hamburg.

47) **C. Borchgrevink.** Die ambulatorische Extensionsbehandlung der oberen Extremität. Vortrag mit Demonstration in der medizinischen Gesellschaft zu Kristiania, den 18. Nov. 1908.

Norsk Magazin for Laegevideuskabeu. Nr. 2. 1909.

Der Vortrag ist ein Auszug seiner „Ambulatorische Extensionsbehandlung der oberen Extremität“. Jena 1908 (vgl. Zentralblatt B. III, Heft 1). Das Material M. B. umfasst 450 Brüche der oberen Extremität in der Poliklinik des Reichshospitals zu Kristiania, im Diakonheime und privat behandelt. **Reinhardt-Natvig**-Kristiania.

48) **Schulz.** Zur Prognose der traumatischen, unkomplizierten Schulterluxation.

Beiträge z. klin. Chir. 60. Bd. S. 333.

Auf Grund von 54 Nachuntersuchungen kommt Verf. zu den Schlüssen, dass in sehr vielen Fällen keine Absprengung von Knochenteilchen die Luxation kompliziert im Gegensatz zu Bardenheuer, und dass die Prognose selbst bei frühzeitiger und kunstgerechter



Behandlung — die Reposition in der Klinik geschah meist nach Kocher — durchaus nicht als günstig bez. der völligen Wiederherstellung der Gebrauchsfähigkeit des Armes zu bezeichnen ist. Nur 7 Nachuntersuchte waren als völlig geheilt zu betrachten. Als Ursache der schlechten Erfolge sieht V. die im Anschluss an die Verletzung auftretenden Schrumpfungen der Gelenkkapsel und des umgebenden Gewebes an. Als Therapie empfiehlt er Massage und vorsichtig steigernde Bewegungsübungen bereits in den ersten Tagen nach dem Unfall. Evtl. käme bei klinischer Behandlung Extension nach Bardenheuer in Betracht. **Meyer**-Heidelberg.

49) **Tavernier** u. **Chalier** (Lyon). Luxation traumatique de l'épaule en haut. Issue de la tête humérale à travers une boutonnière formée par le tendon du muscle sus-epineux, sans fracture concomitante.

Revue d'orthop. 1908. Juli. p. 375.

Die seltene Schulterverrenkung nach oben fanden Verf. an einer Leiche; der Ansatz des m. supraspinatus war vom Humeruskopf durchbohrt, der M. Deltoideus war zum grössten Teil fibrös. Die Teile des Akromions und der Klavikel, die vom Kopf berührt wurden, hatten einen Knorpelüberzug bekommen. Der Kopf ist vergrössert, sein Zentrum ist glatt, doch sind die Gelenkränder unregelmässig und arthritisch verändert. Der noch sichtbare Kapselriss bürgt dafür, dass es sich nicht um eine pathologische, sondern um traumatische Luxation handelt. Ueber die Entstehung sind sich die Verf. unklar, an der Leiche konnten sie sie ohne Bruch des Akromion nicht zustande bringen. **Ewald**-Hamburg.

50) **H. Ziegler** (Winterthur). Ein weiterer Fall von isolierter Lähmung des Nervus suprascapularis durch Trauma.

Monatsschr. f. Unfallheilk. 1908. H. 12.

Einem 40jährigen Mann fiel ein 75 kg schweres Rohr, während er sich an der Leiter festhielt, auf die rechte Schulter. Es stellten sich die Zeichen einer Lähmung des supraskapularis (Atrophie des musc. infra- und supraspinatus, Schmerzen in der Skapulagegend) ein, die die Funktion des Armes sehr behinderten, sich aber nach ½ Jahr langsam zu bessern schienen.

Da seine Leichenversuche ergaben, dass bei keiner Armstellung der Nerv. suprascapularis isoliert gequetscht werden kann, so nimmt Z. für seinen Fall eine Schädigung des Nerven durch direkten Druck des Rohres auf die Schulter- resp. Halsgegend an.

Ewald-Hamburg.



51) **Bircher** (Basel). Ueber eine der Coxa vara entsprechende Difformität der Schulter (Humerus varus) bei Kretinen.

Deutsche Zeitschr. f. Chir. 96. Bd. 4—6. H. S. 598.

Als zufälligen Nebenbefund bei Röntgenbildern von Kretinen fand Verf. eine Verbildung des Humeruskopfes im Collum anatomicum. Es war eine Abwärtsbiegung des Kopfes und Hochstand des Tuberculum majus vorhanden. War häufiger als die Coxa vara.

Ebenso wie letztere ist diese Difformität als eine statische zu deuten, durch das Kriechen entstanden. Die Weichheit der Knochen bei Kretinen ist noch ein begünstigendes Moment zum Zustandekommen dieser Verbildung. Der Deltoides ist beim Kriechen am meisten beteiligt, sein Zug am Knochen übt die stärkste Wirkung aus.

Weder an Clavicula noch an Scapula waren Veränderungen konstatiert worden.

Eine Omarthritis kann zu ähnlichen Veränderungen führen, aber in den 10 beschriebenen Fällen war sie als Aetiologie auszuschliessen.

Manhold - Heidelberg.

52) **Lupi** (Genova). Liberazione del nervo radiale imbrigliato in callo osseo da circa due mesi. Guarigione funzionale dopo dieci mesi.

La Liguria medica. A. II, Nr. 12.

Bei einer Fraktur des linken Humerus an der Vereinigungsstelle des mittleren mit dem unteren Drittel, kompliziert durch Hautwunde, wurde nach 28 Tagen der Zugverband entfernt und konstatiert, dass die Fraktur gut konsolidiert war, aber eine vollständige Lähmung der durch den Radialis innervierten Vorderarmmuskeln mit Einschluss des Supinator longus bestand, welche auf der Kompression des Nervenstammes beruhte. Die Freimachung des Nerven geschah zwei Monate nach dem Unfall. Der Nerv wurde in einer Rinne gefunden, die durch zwei auf Kosten des Kallus gebildete knöcherne Erhabenheiten gebildet war, zwischen denen der Nerv komprimiert und verdünnt wurde. Heilung per prim. Nach der Operation bestand eine vollständige Lähmung aller Vorderarmmuskeln. Die funktionelle Besserung setzte zwei Monate nach der Operation ein, war progressiv und die funktionelle Heilung war zehn Monate nach dem Unfall fast vollständig.

Buccheri - Palermo.



53) **E. Joüon** (Nantes). Fracture oblique interne de l'extrémité inférieure de l'humérus.

Revue d'orthopéd. 1908. Juli. p. 379.

Durch Ueberfahrenwerden hatte ein 7jähriger Junge neben einer Luxatio iliaca und clavicularis acromialis eine seltene Fraktur im Bereich des Ellenbogengelenks erlitten (Röntgenbild): Die Frakturlinie ging nicht wie gewöhnlich durch den Condylus internus, sondern beginnt höher oben am Humerus und geht nach aussen bis zum Condylus ext., lässt also die Trochlea unverletzt.

Ewald-Hamburg.

54) **Kirmisson** (Paris). Les fractures du coude chez l'enfant.

La pathologie infantile. 1908. Nr. 10.

Bezugnehmend auf einige selbstbeobachtete Fälle bespricht K. kurz alle im Bereich des Ellenbogens vorkommenden Knochen- und Gelenkverletzungen, namentlich die der unteren Humerusepiphyse. Neues wird in dem Artikel nicht mitgeteilt. Ewald-Hamburg.

55) **Vignard u. Barlatier** (Lyon). De l'intervention sanglante dans les fractures récentes du coude.

Revue d'orthop. 1908. Juli. p. 297.

Wegen der Schwierigkeit der Reduktion frischer Ellenbogenfrakturen erreicht man häufig keine guten funktionellen Resultate. Die mangelhafte Reduktion fällt viel mehr ins Gewicht als etwa eine sekundäre traumatische Arthritis oder eine übermässige Kallusproduktion, obwohl letztere manchmal eine grosse Rolle spielen kann.

Würde man von Anfang an den frischen reponierten Bruch im Ellenbogengelenk mit Röntgenbildern öfter kontrollieren, so müssten die Resultate besser werden. Wenn auf keinem anderen Wege eine gute Stellung der Knochenfragmente zu erreichen ist, dann soll man blutig eine Reposition (eventuell mit Resektion oder Exstirpation einzelner Teile (Condylus internus, Trochlea)) herbeiführen. Die blutige Reposition hat in 6 Fällen (bei Kindern von 6—13 Jahren) sehr gute Erfolge gezeitigt. — Krankengeschichten mit Röntgenbildern vor und nach der Behandlung.

Ewald-Hamburg.

56) **Charles Martin Du Pau** (Genf). Myositis ossificans des m. brachialis int. nach Luxation des Ellbogens. Exstirpation. Heilung.

Revue médicale de la Suisse Romande 20. I. 09.

M. berichtet über einen 8jährigen Knaben, der am 30. März 08



beim Turnen in der Schule auf die linke Hand fällt und sich dabei eine Luxation des linken Ellbogens zuzieht. Es wird die Luxation sofort reponiert. Eine später gemachte Radiographie zeigt, dass die Einrenkung komplet ist, und dass keine Fraktur noch periostale Ablösung zu konstatieren ist. Ziemlich ausgedehnte Schwellung der Gelenksgegend, die mit kalten Kompressen behandelt wird.

Immobilisation während 8 Tagen, sodann passive Bewegungen. Die diffuse Schwellung nimmt ab, aber man konstatiert von jetzt an eine harte Resistenz in der Ellenbogenbeuge, die von Tag zu Tag deutlicher wird. Man vermutet anfänglich ein intrakapsuläres Hämatom. — Am 11. April ist alle periartikuläre Schwellung zurückgegangen, der Tumor in der Ellenbogenbeuge hat aber zugenommen und fühlt sich immer härter an. Keine Druckempfindlichkeit. Die Flexion, besonders aber die Extension des Vorderarms sind limitiert. Am 14. April wird eine neue Radiographie gemacht. Es zeigt sich dabei, dass der harte nussgrosse Tumor in der Ellenbogenbeuge knöcherne Konsistenz hat und von dem Humerusende völlig unabhängig ist. —

Am 27. April wird Pat. von Prof. Girard operiert. Der Tumor befindet sich zwischen den Muskelbündeln des m. brachial. int. und reicht nach hinten bis auf's Periost des Humerus. Er bildet eine höckerige spongiöse Masse von der Grösse einer Wallnuss. Die Gelenkkapsel ist vorne zerrissen. Der zirka 3 cm lange Riss wird mit Katgut vernäht. —

Der Fall heilt per primam; 8 Tage nach der Operation wird mit passiven und aktiven Bewegungen begonnen. Am 16. Mai verlässt Pat. das Spital. Die Flexion und Extension des Vorderarms können komplet ausgeführt werden. — Die im Patholog.-Anatom. Institut gemachte Untersuchung der Geschwulst ergibt: Zum Teil gestreifte Muskelfasern, die in das neue knöcherne Gewebe übergehen, welch letzteres aus Trabekeln besteht, die einzelne Haverssche Kanäle enthalten. **Scholder**-Lausanne.

57) **P. Jottkowitz** (Oppeln). Ueber einen Fall von habitueller (lateraler) Luxation des Ellenbogengelenks.

Monatsschr. f. Unfallheilk. 1908. H. 8, p. 249.

Bei der Eigentümlichkeit des Ellenbogengelenks ist eine habituelle Luxation a priori nicht zu erwarten. In dem Fall, den J. eingehend schildert, war bei einem 37jährigen Mann der rechte Arm in Streckstellung im Ellenbogengelenk gewaltsam radialwärts abduziert worden, so dass der Epikondylus int. und ext. abgesprengt



wurde. Die Verletzung kam ohne direkte Gewalteinwirkung und ohne intraartikuläre Verletzung zustande. Im Anschluss daran trat nun bei kräftigen Streck- und Supinationsbewegungen eine laterale Luxation der Elle und Speiche ein, die habituell wurde, so dass Pat. in der Funktionsfähigkeit des rechten Arms erheblich beeinträchtigt war. Die Luxation und die Reposition, die beide vom Pat. selbst hergestellt werden konnten, machte grosse Schmerzen. Ein Schienenhülsenapparat, der nur Beuge- und Streckbewegungen im Ellenbogengelenk erlaubte, liess seitliche Verschiebungen nicht zustande kommen. Bilder, Röntgenbilder sowie eine Besprechung der anatomischen Verhältnisse erläutern das Zustandekommen der seltenen Verletzung.

Ewald-Hamburg.

58) **William G. Erving** (Washington). Fractures of the head and neck of the radius.

The americ. journ. of orthop. surg. 1908. April.

Der isolierte Bruch des Radiusköpfchens oder -halses ist keine grosse Seltenheit und muss bei Ellenbogenverletzungen immer in Betracht gezogen werden. Er kommt zustande beim Fall auf den ausgestreckten Arm, selten durch direkten Schlag auf das obere Radiusende. Die Diagnose ist oft schwer zu stellen (lokaler Druckschmerz, der bei Supinationsversuchen sich steigert, jedoch auch bei Zerreissungen des äusseren Seitenbandes zu konstatieren ist; auch partielle Luxation des Radiusköpfchens, Absprengung des äusseren Humerusepikondylus können differentialdiagnostisch in Frage kommen). Bei Frakturen ohne Dislokation gibt nur das Röntgenbild Aufklärung.

Die Behandlung nicht dislozierter Frakturen besteht in Massage und Bewegungsübungen. Bei schweren Fällen zweiwöchige Fixation im rechten Winkel, dann Bewegungen, in alten und irreponiblen Fällen Resektion des Radiusköpfchens und bald daran anschliessende Bewegungsübungen. Rein konservative Behandlung stark dislozierter Frakturen ergibt schlechte Resultate.

92 Fälle aus der Literatur (37 Mal vergesellschaftet mit Verletzungen von Humerus oder Ulna), 4 eigene Beobachtungen.

Ewald-Hamburg.

59) **Robert Jones.** On a simple method of dealing with Volkmanns ischemic paralysis.

The american journal of orthop. surg. 1908. April.

J. hat 24 Fälle der Volkmannschen Deformität beobachtet, von denen 19 nach einer Fraktur sich herausgebildet hatten (zwölf

Radius- und Ulnafrakturen, die übrigen Ellenbogen- und Humerusfrakturen). In zwei Fällen hatten die Arme nur Quetschungen erlitten, zweimal blieb die Esmarchsche Binde zu lange (24 Stunden) liegen, in einem Falle folgte die Kontraktur einer rapid sich entwickelnden Myositis ossificans traumatica. Nur in 12 Fällen konnte ein zu enger Verband nachgewiesen werden. Alle Fälle betrafen Kinder zwischen einem und 14 Jahren, zweimal begann die Kontraktur erst drei Wochen nach dem Vorderarmbruch. Entfernung des Verbandes und Massage brachte völlige Heilung. J. kann sich zu den allgemein üblichen plastischen Sehnenverlängerungen resp. Knochenverkürzungen nicht entschliessen und wendet zur Behandlung der Deformität nur mechanische Manipulationen an. Zunächst werden die Finger einzeln in gestreckter Stellung (bei volar flektierter Hand) auf Schienen bandagiert, nach einigen Tagen wird die Mittelhand in den Verband einbegriffen, schliesslich auch das Handgelenk in Dorsalflexion gestellt. Erst nach einigen Wochen, wenn jede Neigung zur Kontraktur verschwunden ist, wird der Schienenverband entfernt und mit Massage und Uebungen begonnen. — Einen in dieser Weise behandelten Fall führt J. im Bilde vor.

Ewald-Hamburg.

60) **O. Meyer** (Heidelberg). Zur Frage der Brüche des os naviculare.

Monatsschr. f. Unfallheilk. 1908. 12.

Während die typischen isolierten Navikularbrüche an der Handwurzel durch Fall auf die dorsalflektierte und radialabduzierte Hand als Kompressionsfrakturen zustande kommen, sind die durch direkte Gewalt hervorgerufenen Brüche seltener. M. beschreibt einen solchen aus der Vulpiusschen Klinik, der als wichtigste Störung die völlig behinderte Dorsalflexion aufwies. Das Röntgenbild ergab eine Auseinanderdrängung beider Fragmente durch das Capitatum und eine Radialverschiebung des radialen Stückes des naviculare. — Mit der mediko-mechanischen Behandlung konnte ein befriedigendes Resultat erreicht werden. Ein blutiger Eingriff hätte nach Verf.'s Ansicht zu keinem besseren Resultat geführt. **Ewald**-Hamburg.

61) **E. Kirmisson.** Malformation symétrique des deux pouces et des régions thénar.

Revue d'orthop. 1908. Juli. p. 335.

Bei einem 14jährigen Mädchen, das sonst durchaus wohlgebildet war, fand sich beiderseits ein sehr zurückgebliebener graziler



Daumen mit sehr dünnem Metacarpale und Phalangen, syndaktylisch mit dem Zeigefinger verbunden. Beide Zeigefinger waren seitlich verkrümmt. Ausserdem fehlte beiderseits der Thenar, für den an der radialen Seite der Hand eine Konkavität sichtbar war. Adduktionsbewegungen kann der Daumen aktiv ausführen, Beuge- und Streckbewegungen nicht. K. trennte die Syndaktylie und erreichte so eine bedeutend bessere Gebrauchsfähigkeit der Hand.

Ewald - Hamburg.

62) **J. Rhenter** (Lyon). Un cas d'éléphantiasis nostras du membre inférieur gauche.

Revue d'orthop. 1908. Juli. p. 363.

Ein 40jähriger Mann, der nie in den Tropen gelebt hat, erkrankte vor $5^1/_2$ Jahren unter Fieber und Erbrechen an einer schmerzhaften Schwellung des linken Knies. Nach 6 Wochen waren die akuten Symptome verschwunden, die Schwellung hatte sich jedoch auf das ganze Bein ausgebreitet und nahm immer mehr zu, so dass es jetzt mehr als doppelt so dick ist wie das rechte Bein. (Oberschenkelumfang 67 cm, Wade 60, Malleolen 44!). Die Leistendrüsen sind geschwollen (Schanker!) und dadurch der Lymphstrom behindert. Nach Ausschluss aller anderen Ursachen, glaubt Verfasser die Tuberkulose anschuldigen zu müssen — Die Arbeit stammt aus der Klinik von Poncet. **Ewald** - Hamburg.

63) **Coville** (Orléans). Malformation congénitale des membres inférieurs.

Revue d'orth. 1908. Juli. p. 357.

Das $1^1/_2$ jährige Kind, das aus gesunder Familie stammt, hatte eine doppelseitige Hüftluxation, genua recurvata, Pedes varoequini und völlige Bewegungslosigkeit, wahrscheinlich auch Anästhesie beider unterer Extremitäten. Trotzdem wird das Redressement der Kniee und Füsse vorgenommen, das ohne Schwierigkeit gelingt. In letzter Zeit scheint etwas aktive Beweglichkeit aufzutreten. Aetiologisch wird Druck des Foetus in utero beschuldigt.

Ewald - Hamburg.

64) **Cremer.** Ein Beitrag zur Kasuistik der Geburtslähmung.

Dissert. Marburg. 1908.

C. bereichert die Kasuistik der Geburtslähmungen um einen weiteren selbst beobachteten Fall und stellt im Anschluss an diesen die mannigfachen Formen zusammen. Es handelt sich um eine 40jährige Patientin, die sofort nach der Geburt — es war ihre



siebente — über heftige Schmerzen im rechten Bein und in der rechten Hüfte zu klagen hatte. Bei der näheren Untersuchung zeigte die Peronealmuskulatur partielle Entartungsreaktion, desgleichen auch die vom Nervus cruralis versorgten Musc. vastus ext. und internus und der vom N. glutaeus sup. innervierte M. tensor fasciae latae. Neben diesen 3 Nerven waren aber zum Teil auch noch der N. tibialis, der die M. interossei versorgt, und der N. glutaeus inf., welcher den M. glut. max. innerviert, mitbeschädigt. Die beiden letztgenannten Muskeln zeigten verlangsamte Zuckung und die von ihnen ausgeübten Funktionen waren dementsprechend herabgesetzt. Unter der Behandlung mit dem konstanten Strom und Bädern besserte sich das Leiden.

Die häufigste Ursache dieser Lähmungen ist in dem Missverhältnis zwischen Becken und kindlichem Schädel zu suchen und zwar handelt es sich in den meisten Fällen um allgemein verengte Becken. In dem vorliegenden Falle war beim Fehlen eines solchen Missverhältnisses wohl die lange Dauer der Geburt (vier Tage) anzuschuldigen. — Die an eine spontane Geburt sich anschliessenden Lähmungen geben zweifellos noch die beste Aussicht auf Heilung, während bei instrumentellen Eingriffen die Aussicht viel schlechter zu sein pflegt.

Von den 35 Fällen von Lähmungen nach Zangengeburten, die O. zusammengestellt hat, wurden nur 5 geheilt, 13 gebessert, während 17 mal eine schwere Lähmung mit Spitzfussstellung und erheblicher Atrophie bestehen blieb. **Blencke**-Magdeburg.

65) **Bardenheuer.** Die Behandlung der Frakturen des oberen und unteren Endes des Femur mittels Extension.

Arch. für klin. Chir. Bd. 83. H. 1. S. 173.

Die Berechtigung und Begründung der jetzt wohl allgemein anerkannten Behandlungsmethode wird an der Hand mehrerer Typen gegeben. Die Erfolge an 179 Patienten sind vorzügliche, 157 davon sind ohne Verkürzung geheilt. Die blutige Reposition mit und ohne Naht verwirft B. zwar nicht, hält sie aber für entbehrlich und hat noch nie Veranlassung dazu gehabt. Zur Vermeidung einer nachträglichen Verkürzung und Verbiegung empfiehlt sich möglichst späte Belastung auch nach angenommener knöcherner Konsolidation, Bettruhe bis zu 3 Monaten und darüber. Für die Belastung des Kallus ist die Fragmentstellung wichtig, je grösser der Grad der bestehenden Difformität, um so höhere Ansprüche werden an die Tragfähigkeit des Kallus gestellt. **Lindenstein**-Heidelberg.



66) Wettstein (Winterthur). Die Heilungsresultate der Ober- und Unterschenkelbrüche bei Anwendung der Zuppinger-schen automatischen Extensionsapparate.

Beiträge z. klin. Chir. 60. Bd. 3. H. S. 684.

Verf. führt die mit den Zuppinger'schen Apparaten in der Züricher Klinik behandelten Frakturen an und spricht sich sehr befriedigt über die Heilungsresultate aus.

Der Vorzug vor dem Bardenheuer'schen starren Extensionssystem besteht bei Zuppinger darin, dass vom ersten Tag der Behandlung an neben der retinierenden Wirkung auf die geschädigte Extremität aktive Bewegungen dem Patienten möglich sind. Es resultieren deshalb bei dieser Behandlungsmethode weder Gelenkversteifungen, noch Muskelatrophien, noch Muskelerschlaffungen, wie sie durch die ungeheuren Gewichtsmassen bei Bardenheuer hervorgebracht werden können.

Die Extension wird bei Beugung in den Gelenken vorgenommen, da sie dann wirksamer ist. Als höchstes Gewicht für den Oberschenkel werden 6 kg genommen.

Die Extension wird nicht verstärkt mit der Zeit (im Interesse der Konsolidation).

Die bei Unterschenkelbrüchen im Apparat verwendete Spitzfussstellung soll die Bildung einer Rekurvation des Unterschenkels vermeiden und soll sich vollkommen wieder ausgleichen, auch keinerlei Bewegungsstörungen des Fusses hinterlassen.

Ein anderer Vorzug des Z. Apparates ist seine Handlichkeit. Er kann in jedem Bett ohne Hilfsapparate angebracht werden, eignet sich deshalb auch für die Privatpraxis. Er ermöglicht einen Bett- und Zimmerwechsel ohne Aufheben der Extension und eine ständige Kontrolle der Fraktur (Verschiebung, Kallusbildung, Weichteilveränderungen) und Wechseln des Verbandes bei ev. vorhandenen Wunden.

Die beschriebenen Fälle wurden kurz folgendermassen behandelt:

1. Sofort nach Einlieferung ins Spital Reposition der Fragmente unter energischem Längszug, meist ohne Narkose.

2. Lagerung auf den Z.-Apparat. Zugwirkung von 3—4 kg. Nach wenigen Tagen leichte Massage. Aktive Bewegungen vom ersten Tag an.

3. Abnehmen vom Apparat, der jetzt nur als Unterlage benutzt wird. Energische Massage und Bewegungen.

4. Aufstehen nach 6 Wochen.



Eine genaue Beschreibung des Apparates unterlässt Verf. und weist auf Zuppingers eigene Schrift hin:

Automat. Apparate zur Permanentextension von Knochenbrüchen. Korr. Blatt f. Schweizer Aerzte 1905. Nr. 22.

Manhold-Heidelberg.

67) **Scurati** (Mailand). Considerazioni sulla lussazione otturatoria bilaterale. Osservazione personale.

La Riforma medica. A. XXIV. Nr. 37.

Vorliegender Fall ist bisher der einzige in der italienischen Literatur und der fünfte überhaupt von dieser Affektion, und wie in den früheren Fällen handelt es sich um einen Burschen, der aus der Höhe herabgestürzt war.

Wie in den gleichartigen Fällen konnte die unblutige Reposition vorgenommen werden und wie immer wurde vollkommene Heilung erzielt.

Buccheri-Palermo.

68) **Schloffer.** Allmähliches Entstehen einer Luxatio femoris centralis.

Arch. f. klin. Chir. Bd. 34. H. II. S. 499.

Sch. beschreibt einen Fall von allmählich entstehender Luxatio femoris centralis, durch den die Ansicht von Simon, dass die zentrale Luxation Folge mehrerer nach einander wirkender Gewalten ist, eine wesentliche Stütze erfährt.

Die Verletzung betraf einen 63jährigen Bauernknecht, der stehend von einem 4 m langen, dicken Baumstamm, in der rechten Hüftgegend getroffen wurde. Bei der Aufnahme bot der Kranke das Bild einer Schenkelhalsfraktur. Die Röntgenaufnahme bestätigte dies nicht, sondern liess eine Beckenfraktur ohne nennenswerte Dislokation erkennen. Eine 6 Wochen nach der Aufnahme erneut vorgenommene Untersuchung zeigte, dass der Kopf, der im 1. Bild nur sehr tief in der Pfanne stand, beträchtlich über die Linea innominata gegen das Beckeninnere vorsprang, ebenso liess der klinische Befund, besonders bei der Untersuchung per rectum, diese Veränderung erkennen.

Schl. deutet den Fall so, dass infolge des Traumas die Beckenfraktur eintrat und infolge des Muskelzuges die allmähliche Luxation erfolgte. Er legt seiner Beobachtung eine prinzipielle Bedeutung bei und glaubt, dass durch diesen Mechanismus auch andere Fälle eine Erklärung finden können. Uebrigens hätte sich die Luxation vermeiden lassen, wenn man sofort eine Extensionsbehandlung ein-

geleitet hätte. Mit Simon stimmt er dahin überein, dass die Luxation keine Erkrankung sui generis ist, sondern dass es sich um eine Komplikation von Beckenfrakturen handle. Die Wilmssche Einteilung modifiziert er dahin, dass er zur 1. Gruppe alle Fälle rechnet, in denen eine Perforation der Pfanne die Veranlassung der Luxation war, zur 2. Gruppe alle übrigen Fälle, die Beckenringbrüche und die Ausbrechung des Sitzbeines.

Lindenstein-Heidelberg.

69) **Frangenheim.** Die Spontanlösung der Ypsilonförmigen Knorpelfuge.

Archiv für klin. Chir. Bd. 83. H. 1. S. 263.

In den mitgeteilten Fällen war einmal in Folge tuberkulöser Erkrankung der r. Hüfte, das zweite Mal infolge von Osteomyelitis eine pathologische Luxation erfolgt durch eine vollkommene Lösung in der y förmigen Knorpelfuge. Es handelt sich um selten beobachtete Folgezustände; F. ist geneigt, den Fällen grosse Bedeutung beizumessen und erkennt in der pathologischen Luxation ein Kriterium zur Diagnose der eitrigen Epiphysenlösung in der Hüftgelenkspfanne. **Lindenstein**-Heidelberg.

70) **Dreesmann** (Köln). Angeborene Hüftverrenkung.

Deutsche Zeitschr. f. Chir. 96. Bd., 4.—6. H., S. 476.

Verf. empfiehlt zur Bestimmung der Anteversion des Schenkelhalses bei Hüftgelenksluxationen einen Apparat, den er konstruiert hat.

Er fasst in seiner Arbeit alle bekannten Symptome zusammen, die zur Diagnose Luxatio coxae führen, und geht näher auf sie ein.

Bei einseitiger Luxation rät er in den Gipsverband auch das Knie der kranken und die Hüfte der gesunden Seite mit einzubeziehen.

Bei grösseren Kindern schneidet er (bei gutem Stand des Kopfes) nach 14 Tagen den Verband vom Knie und von der gesunden Hüfte los und lässt Gehversuche machen mit erhöhtem Absatz und Kniekappe, durch die eine Belastung des Kniegelenks erreicht wird.

Bei doppelseitiger Luxation lässt er einen Laufstuhl benutzen. Beim Verbandwechsel wird die Grundstellung nur ganz allmählich geändert.

In seiner Praxis sah Verf. als Komplikationen der Einrenkung 2 Mal Frakturen des Schenkelhalses, 1 Mal Myositis, 1 Mal eine Ischiadikuslähmung durch Hyperabduktion, die aber zurückging. Bei beiderseitiger Luxation empfiehlt er gleichzeitige Einrenkung.

Manhold-Heidelberg.



71) **Peter Bade** (Hannover). Zur Frage der angeborenen Hüftverrenkung, insbesondere kritische Bemerkungen zu der Arbeit von Deutschländer „Die blutige Reposition der angeborenen Hüftverrenkungen".

Arch. für Orth., Mechanoth. und Unfallchir. 1908. Bd. VII, 1.

In äusserst scharfer, kategorischer Weise wendet sich B. gegen den von Deutschländer in der Zeitschr. f. orth. Chir. (Gedenkschrift für A. Hoffa) skizzierten Standpunkt, man solle in Fällen von Hüftluxation, wo das unblutige Verfahren versagt, die blutige Reposition versuchen. B. behauptet nicht mehr und nicht weniger, als dass bei genauerer radiographischer Kontrolle und bei einer mehr individualisierenden Behandlung (namentlich bei den doppelseitigen Fällen) D. auf unblutigem Wege gute Heilresultate erreicht hätte, während seine mitgeteilten Fälle von blutiger Behandlung die Unsicherheit und Nutzlosigkeit, ja die Gefährlichkeit des Verfahrens dargetan hätten. B. beweist dies durch eine eingehende Kritik der von D. veröffentlichten Krankengeschichten, in denen er bald Angaben bezgl. der Kontrolle, ob der Kopf wirklich reponiert ist, ob die günstigste Stellung im Verband gewählt worden ist, vermisst, bald die Zeiten der einzelnen Behandlungsphasen für zu kurz bemessen erachtet, bald die Weichteilwiderstände nicht genügend ausgeschaltet findet. Der D.'sche Misserfolg dürfe nicht der Methode zur Last gelegt werden. Die durch die Autopsie gewonnenen Befunde hätten auch nicht unüberwindliche Repositionshindernisse dargeboten.

Die D.'schen Resultate ermuntern nicht zu einer Wiederaufnahme des blutigen Verfahrens, sondern veranlassen B. zu der resignierten Bemerkung: Ist ein Kind unblutig nicht zu reponieren, so lasse man es lieber ganz unbehandelt. **Ewald**-Hamburg.

72) **Schanz.** Zur Behandlung der Schenkelhalsbrüche.

Arch. f. klin. Chir. Bd. 83. H. 1. S. 336.

Für die Behandlung der Schenkelhalsbrüche wird zur Vermeidung von Spätdifformitäten, die im Laufe der Zeit zur Coxa valga führen, eine von Sch. angegebene „federnde Hüftbrücke" empfohlen. Es handelt sich um einen Schienenapparat, der am Tuber ischii ansetzt. Im Unterschenkelteil ist ein Federmechanismus konstruiert, durch den der Grad der Belastung resp. Entlastung bestimmt werden kann. Der Apparat eignet sich auch für die Fälle, die eine knöcherne Vereinigung vermissen lassen, nur muss dabei die Feder entsprechend stärker gewählt werden, um die Hüfte vollständig zu entlasten. **Lindenstein**-Heidelberg.

73) **J. Torrance Rugh** (Philadelphia). Cause of flexion in hip disease.

American journ. of orth. surg. 1908. April.

Während eine Anzahl Autoren behauptet, die Beugestellung in der Hüfte bei Koxitis sei auf eine Anfüllung des Hüftgelenks mit Flüssigkeit zurückzuführen, wollen andere die Flexion durch den Reiz der Gelenkkapselnerven und die darauf antwortende Kontraktion der überwiegenden Beuger erklären. Phelps führt vier Gründe für die typische Flexionskontraktur an:

1. das Bestreben des Patienten, Druck und Schmerzen aufzuheben;
2. der unfreiwillige Muskelspasmus;
3. Irritation einzelner Muskelgruppen in der nächsten Nähe des Krankheitsherdes;
4. direkte Knochen- und Weichteildestruktionen.

R. glaubt, dass in der Mehrzahl der Koxitisfälle der dritte Grund der massgebende ist. Er führt dafür als Beleg den Fall einer Karies im Collum femoris an, wo der Krankheitsherd in nächster Beziehung zu dem musc. ileopsoas stand und so einen fortwährenden Reiz auf den Muskel und seine Sehnen ausübte. Und diese tuberkulöse Erkrankung des Halses oder Kopfes ist meist der Ausgangspunkt der Koxitis. Bei Primärerkrankung der Synovialis gibt es angeblich auch keine Flexionskontraktur, ebensowenig, wenn die Ileopsoassehne durch den Herd nicht direkt gereizt wird.

Ewald-Hamburg.

74) **Gerson.** Technik der Ischiasbehandlung durch Injektionen.

Zeitschr. f. ärztl. Fortb. 1908. Nr. 20.

Einen Teil der Misserfolge, die man bei der Behandlung der Ischias mit Injektionen erlebt, schiebt G. auf eine mangelhafte Technik zurück, die er deshalb noch einmal eingehend beschreibt. Aber selbst bei genauester Beachtung dieser darf man nur bei solchen Fällen von Ischias eine vollkommene Heilung erwarten, die auf rheumatischer Basis beruhen. Syphilitische und gonorrhoische Ischias weicht nur spezifischen Injektionsmitteln. Ischias bei Tabes und Diabetes, bei Erkrankungen der Wirbel, sowie des Rückenmarks und seiner Häute wird durch Injektionen nur zeitweise gemildert werden können. Bei Hysterie können Einspritzungen suggestiv wirken.

Blencke-Magdeburg.



75) **Vogel** (Dortmund). Ueber eine typische Fraktur des Epicondylus internus femoris.

Archiv für klin. Chir. 87. Bd. 4. H. S. 1076.

Zuerst machte Stieda auf Grund von Röntgenbildern auf diese Art der Fraktur aufmerksam.

Verf. hatte auch Gelegenheit, an seinem umfangreichen Unfallmaterial ähnliche Frakturen zu beobachten.

Die typische Verletzung entsteht durch direkte Gewalt, welche, schräg von unten innen nach oben aussen gerichtet, den Epicondylus internus femoris trifft, dessen oberen Teil absprengt und auf der durch den Femur hier gebildeten schiefen Ebene nach oben verschiebt.

Die Symptome sind typischer Druckschmerz an der Frakturstelle, Schwellung, Bluterguss, ev. Bewegungsstörung im Gelenk.

Das Röntgenbild zeigt am Condylus internus eine schalenartige flache Knochenpartie in grösserem oder kleinerem Abstand vom Femur.

Verf. wendete einerseits die konservative Therapie an in Form von Massage, Heissluftkastenbehandlung, Pendelübungen.

In zwei Fällen exstirpierte er die Splitter und empfiehlt mehr diese operative Behandlung, die ungefährlich ist, die Heilungsdauer abkürzt und eine Garantie für völlige Restitutio ad integrum bietet, während bei der länger dauernden konservativen Behandlung Verf. Gelegenheit hatte, Osteophyten- und Exostosenbildung zu beobachten. Diese können zwar resorbiert werden, können aber auch stärker wachsen und dadurch Beschwerden veranlassen. Ihre Bildung ist wahrscheinlich mit Versprengung von Periostlappen in Zusammenhang zu bringen. **Manhold**-Heidelberg.

76) **Matthias Reich.** Ein Fall von subkutaner Ausreissung des Patellarknochens.

Wien. klin. Woch. 1908. Nr. 51.

Ein vierzehnjähriger Schüler kam beim Turnen am Pferd zu Fall. Kniegelenk stark geschwollen, deutliche Fluktuation. Patellargegend blutig suffundiert. Heben und aktives Strecken des Beines nicht möglich. Bei der Operation zeigt sich, dass die Vastussehne zu beiden Seiten der Patella quer eingerissen, die Patella in ihrer unteren Hälfte aus ihrer knorpeligen und sehnigen Umhüllung förmlich ausgeschält und dem Muskelzuge folgend nach oben verlagert ist. Der Patellarknochen ist unverletzt. Am Ligamentum hängen Knorpelstückchen und der von der Vorderseite der Patella losge-



rissene sehnige Ueberzug, welcher ins Kniegelenk hineingeschlagen ist. Therapie: Ausräumung des Blutes aus dem Gelenk, Exstirpation der abgesprengten Knorpelstücke. Naht des Risses in der Sehne und Festnähen der präpatellaren Bandteile an ihrer früheren Stelle. Völlige Heilung. **Spitzy**-Graz.

77) **Jörgen Jensen.** Fractura tuberositatis tibiae.
Arch. f. klin. Chir. 83. Bd. 1. H. S. 30.

Zum Verständnis dieser Frakturen, deren Kasuistik um 10 Fälle vermehrt wird, ist eine genaue Kenntnis der anatomischen Verhältnisse erforderlich, besonders über den Vorgang der Verknöcherung. Auf Grund ausführlicher Untersuchungen an Röntgenaufnahmen ist es ziemlich sicher festgestellt, dass die Tuberositas einen eigenen Knochenkern besitzt. Je nach der Zeit, in der die Verletzung stattfindet, wird eine vollständige oder unvollständige Fraktur resultieren, wenn die Synostose mit der Epiphyse schon abgeschlossen ist oder nicht. Die Verletzung betrifft meistens das männliche Geschlecht im 2. Dezennium und ist Folge eines übermässigen Muskelzuges. Die sichere Diagnose ist nur mit Hülfe der Röntgenuntersuchung möglich. Die Behandlung der unvollständigen Fraktur besteht in 8—14 tägiger Fixierung des Beines, bei der vollständigen Fraktur kann, wenn die Gelenkfunktion gestört ist, eine operative Behandlung, die in Annähung der abgerissenen Tuberositas besteht, notwendig werden. **Lindenstein**-Heidelberg.

78) **Bartsch** (Parchim). Eine seltene Verletzung des Kniegelenks.
Monatsschr. f. Unfallheilk. 1908. H. 9.

Einem 23jährigen Mädchen schlug eine Geschützkartusche aus einer Entfernung von 40 m gegen das linke gestreckte Knie, so dass sie hinfiel. Das Röntgenbild ergab einen Abriss der Eminentia intercondyloidea (Ansatz der Ligg. cruciata), sowie einen Abriss des Condylus int. tibiae. Die Beschwerden — starke Schmerzen beim Gehen — schwanden erst nach mehreren Monaten und sind jetzt, nach einem Jahre, noch teilweise vorhanden. **Ewald**-Hamburg.

79) **Hoffmann** (Greifswald). Ueber die Fehlergrösse bei der klinischen Bestimmung des Kniebasiswinkels.
Deutsche Zeitschr. für Chir. 97. Bd. 1.—2. H., p. 128.

Zur Bestimmung des Kniebasiswinkels z. B. bei genu valgum gibt Verf. ausser den beiden bekannten Methoden von Mikulicz (mit Hilfe des Tasterzirkels) und der direkten Messung am Röntgenbild eine neue an.



Er markiert sich am ausgestreckten Bein des Patienten die Endpunkte des Kniegelenkspaltes. Die Femurachse wird bestimmt durch einen Punkt in der Mitte zwischen Trochanter major und Arteria femor. unter dem Poupartschen Band, unten: in der Halbierungslinie der Vorderseite des Knies, wo sie die Kniebasislinie (Vereinigungslinie der Endpunkte des Gelenkspaltes) trifft.

Am Unterschenkel ist der Verlauf des Tibiaschaftes durch Palpation der Crista leicht zu bestimmen. Mit dem Winkelmesser kann man nun die Winkel, die einerseits der Femurschaft, andererseits der Tibiaschaft mit der Kniebasislinie bilden, messen. Diese neue Methode soll gegenüber der von Mikulicz genauere Messungen gestatten, die Grösse der Fehler zum wirklichen anatomischen Befund soll sich verhalten wie $4\,{}^{1}/_{7}$ zu 1,9.

Eine möglichst genaue Bestimmung des Winkels, den die Deformität bildet, ist wichtig, wenn es sich um operative Beseitigung der falschen Stellung handelt. **Manhold**-Heidelberg.

80) **J. Torrance Rugh** (Philadelphia). The greater tendency to spontaneous correction in bow-leg than in Knock-Knee, and anatomic reasons for the same.

The americ. journ. of orth. surg. 1908. April.

Eine anatomische Ueberlegung bzgl. der Anordnung der Muskeln, die vom Becken zum Oberschenkel und Unterschenkel ziehen, resp. ihrer Ansatzpunkte an den verschiedenen Teilen der Knochen führt zu dem Schluss, dass die Adduktoren eine grössere Kraft an Knie und Femurmitte entfalten können, während die Abduktoren nur das Bein als Ganzes in Bewegung zu setzen vermögen. Wegen dieser rein mechanischen Vorteile ist die Spontanheilung beim O-Bein grösser als beim X-Bein. **Ewald**-Hamburg.

81) **Seemann.** Anatomische Untersuchungen über die Sehnenscheiden der Fussbeuge in Beziehung zur sogenannten Tendovaginitis und Perimyositis crepitans.

Beiträge z. klin. Chir. 60. Bd. S. 355.

V. hat zahlreiche Untersuchungen mit ausführlicher Angabe der Technik gemacht und kommt zu dem Schluss: Die Sehnenscheiden sind schon bei einem 12 wöchigen Foetus ausgebildet als weite Höhlen, die bis zur Geburt ihre spezifische Bindegewebsauskleidung erhalten. Bei einem Erwachsenen überragt die Scheide des M. tibialis ant. die Malleolarlinie um 5,5 cm, des M. extensor hall. long. um 1,0 cm, des M. extensor digitor. long. um 3 cm, Durchschnittslänge der Scheide



des tibial. ant. 8 cm, die Scheide des Ext. hall. long. endet meistens in der Höhe des Tarsometatarsalgelenks. Die Scheide des tibial. ant. stellt wahrscheinlich einen geschlossenen Spalt dar, der auf der konkaven Seite einfach, auf der Seite und hinten durch Faltung des Mesotenonium und der Synovialis kompliziert wird. Im oberen Teil der Scheide überlagert eine oder mehrere Plicae semilunares die Sehne, die als Fortsetzung des Bindegewebes, das den Spalt zwischen Fascia cruris und Sehne ausfüllt, in den Scheidenspalt anzusehen ist. Sie stellt ein hülsen- oder manschettenförmiges Gebilde dar von 1—2 cm Länge, an ihren freien Enden mit Synovialis überzogen und mit einem halbmondförmig ausgeschnittenen freien Rand; sie umfasst die Sehne von vorn her. Die Verschiebung eines beliebigen Punktes der Sehne gegen einen festen Punkt der Fascie bei der Sehne des Tibial. ant. beträgt in maximo 3,5 cm. Die Verschiebungen der Sehne am oberen Scheidenende geschehen zwischen Plica und Sehne. Sie werden durch Faltenbildung der Synovialis ausgeglichen.

Proximal von der Sehnenscheide liegt die Sehne des Tibial. ant. der Unterschenkelfascie in ca. 8 cm Ausdehnung an und ist mit ihr durch Bindegewebe verbunden, dass bei Auflockerung mitunter einen grossen Spaltraum bildet. In diesem Bindegewebe können sich krepitierende Entzündungen abspielen. Histologisch findet sich der Scheidenspalt allseitig von einer dünnen Bindegewebsmembran umgeben, die beim Uebergang auf die Sehne mit dieser verschmilzt. Die Innenfläche der Membran zeigt eine homogene Masse mit einer Schicht von Zellen, beides von unklarer Natur. Auch die Scheidenfläche der Sehne enthält beide Bestandteile der Synovialis. Die Scheide wird von einer grossen Menge längsgerichteter Blutgefässe umsponnen, die auch in die Scheidenmembran eindringen. In der reichlichen Blutversorgung erblickt V. einen Zusammenhang mit der Synoviabildung und andererseits ein prädisponierendes Moment für embolische Entzündungen der Scheide.

Meyer-Heidelberg.

82) **A. Puyhaubert** (Bordeaux). De la luxation congénitale des tendons des muscles péroniers latéraux.

Revue d'orthop. 1908. Juli. p. 321.

Nach den anatomischen — an Füssen von Säuglingen vorgenommenen — Untersuchungen berichtet P. die allgemein bekannte Tatsache, dass die Peronealsehnen hinter dem Malleolus ext. in Rinnen verlaufen und durch das Lig. talo —, resp. calcaneo - fibulare



vor dem Luxieren bewahrt werden. Bei einem Foetus von 8 Monaten konnte er feststellen, dass der Grund der Luxation in der schlechten Ausbildung dieser Rinne und dieser Bänder lag.

Ferner hat er bei einem 3jährigen Knaben die angeborene Luxation der Peroneen doppelseitig gesehen. (Bisher nur einmal, von Cramer, beobachtet.)

Grund zu einem operativen Eingriff lag im Fall P.'s nicht vor, da keine Beschwerden vorhanden waren. **Ewald**-Hamburg.

83) **H. Wiele.** Ankylosieren des Fussgelenks in einem Falle von angeborenem Fibuladefekt, durch freie Knochenplastik ausgeführt.

Norsk Magazin for Laegevidenskaben. 1909 Nr. 2. Pag. 134.

In diesem Falle ist ein Versuch mit Transplantieren von Knochen von einer Person zur anderen gemacht Der transplantierte Knochen ist als Knochenkeil angewendet, der durch Kalkaneus, Talus und Tibia eingeschlagen wurde, um Ankylose des Fussgelenks zu erreichen. Patient ist ein 10jähriger Knabe mit linksseitigem angeborenem Fibuladefekt; die 2. Zehe mit zugehörendem Metatarsus fehlte. Die untere linke Extremität war 15 cm verkürzt; die Winkelstellung zwischen Fuss und Unterschenkel betrug 100—110°. Das Operationsverfahren des Verfassers stützt sich auf den Vortrag Lexers auf dem letzten Berliner Chirurgen-Kongress.

Das Material lieferte ein 67jähriger Mann, dessen Bein wegen Gangräna senilis amputiert wurde. Die obere Hälfte der Fibula wurde mit intaktem Periost herausgenommen. Die scharfe mediane Kante mit der Lüerschen Zange abgebissen. Das Gelenk wurde breit geöffnet. Mit einem elektrischen Bohrer, Diameter 1,2 cm, wurde durch die früher erwähnten Knochen gearbeitet. Der 12 cm lange Knochenkeil, der vorläufig in Salzwasser aufbewahrt worden war, wurde mit seinem Periost eingekeilt. Danach wurde der Fuss eingegipst. Der Verlauf war reaktionslos. Nach 6 Wochen Entfernen der Bandage. Das Gelenk zeigte sich vollständig fixiert. Um sicher zu sein, wurde das Gelenk aufs neue, im ganzen 2½ Monate, in Gips fixiert gehalten.

Das transplantierte Fibulastück ist fest eingeheilt und der Knabe hat einen brauchbaren Fuss erhalten.

An den Radiogrammen lässt sich keine Knochenresorption des fremden Knochens observieren, was sich angeblich nach 4—6 Monaten zeigen soll. **Reinhardt-Natvig**-Christiania.



84) **Hofmann** (Karlsruhe). Die Resektion des Lisfrancschen Gelenkes zur Therapie des Hohlfusses.

Beiträge zur klin. Chir. 60. Bd. 3. H. S. 752.

Verf. zählt die einzelnen Heilverfahren auf, die von verschiedenen Autoren zur Bekämpfung des Hohlfusses vorgenommen wurden: Beelys Apparat zum Redressement des nicht paralytischen, v. Volkmanns Schiene gegen paralytischen Hohlfuss, Nicoladonis Sehnenüberpflanzung der Peronaei auf die Achillessehne, Entfernen der Fusswurzelknochen nach Jones (Keil) und Laurent (Resektion des Naviculare und Cuboid).

Verf. operierte einen Fall von Hohlfuss, indem er das Uebel da angriff, wo es hauptsächlich sitzt nach seinen Ueberlegungen — nämlich in den Keilbeinen und dem Cuboid, deshalb bezeichnet er auch seine Operation als physiologische, die dem Fuss die normale Konfiguration wieder gibt.

Die drei Keilbeine wurden enukleiert, das Cuboid reseziert. Darauf 14 Tage Gipsverband, dann Schiene, zuletzt Stiefel mit Einlage wie bei Plattfuss.

Das Resultat war ein gutes.

Verf. rühmt auch die relativ leichte und sichere Technik dieser Operationsmethode. **Manhold**-Heidelberg.

85) **Deutschländer.** Die Verrenkungsbrüche des Naviculare pedis und deren Folgezustände.

Archiv für klin. Chir. Bd. 83. H. 1. S. 58.

Mitteilung von fünf Fällen, von denen 3 sich bei geringen, 2 bei schweren Gewalteinwirkungen ereigneten. Klinisch waren nur die Zeichen der Distorsio pedis ausgeprägt, die Diagnose konnte nur durch das Röntgenbild sichergestellt werden. Abgelaufene Fälle nachträglich durch das Röntgenbild zu analysieren ist schwierig. Die Fraktur wird hauptsächlich durch die Körperschwere erzeugt und ist mit einer, wenn auch meist unvollständigen Luxation kompliziert. Ihre Folge ist oft eine arthritische Erkrankung des Chopartschen Gelenkes, die nicht unerhebliche Beschwerden auslöst, die oft unter die Rubrik „Plattfussbeschwerden" kommen. Die konservative Behandlung bleibt häufig ohne dauernden Erfolg. D. hat in einem Fall eine Resektion, in einem 2. Fall eine Exstirpation des os naviculare mit gutem Erfolg ausgeführt.

Lindenstein-Heidelberg.

86) **Kunz.** Ein Beitrag zur Kenntnis der Fractura ossis navicularis tarsi.

Diss. Leipzig 1908.

Verf. hatte Gelegenheit einen Fall von Kahnbeinfraktur zu beobachten, dessen Krankengeschichte er wiedergibt. Im Anschluss an diesen Fall führt er dann noch aus der ihm zugänglich gewesenen Literatur 22 Fälle an, die zweifellos als Kahnbeinfrakturen angesprochen werden müssen, um dann an der Hand aller dieser Fälle am Schluss der Arbeit noch näher auf den Entstehungsmechanismus, die Diagnose, Prognose und Therapie dieser Verletzung einzugehen, die nach des Verf. Ansicht gar nicht so selten zu sein scheint, wie man bisher immer angenommen hatte.

Blencke-Magdeburg.

87) **Max Herz** (Auckland). Die Behandlung des angeborenen Klumpfusses im ersten Kindesalter.

Arch. f. Orth., Mechanother. und Unfallchir. 1908. Bd. VII, 1.

H. äussert sich zu dem Streit Lange-Schultze bezgl. Gipsverband- oder Schienenbehandlung bei den Klumpfüssen Einjähriger dahin, dass der Gipsverband der Langeschen Klumpfussschiene in jeder Beziehung überlegen sei. Die Schienenbehandlung dauert zu lange (12 Monate), ist umständlich und wenig sicher (da sie zum grossen Teil den Eltern überlassen ist) und zeitigt keine vollkommenen Resultate (s. die von Lange gebrachten Bilder!) Die Vorwürfe, die Lange dem Gipsverband macht, können widerlegt werden: die Beobachtung des Kindes im Gipsverband dauert viel kürzere Zeit, die Atrophie der Wade ist schon da und wird durch den Gipsverband nicht erst hervorgerufen, Ekzeme können vermieden werden, wenn man den Gipsverband durch dicke Flanellbinden vor Durchnässung schützt und die Haut einpudert. Ein Dekubitus wird selten zustande kommen, wenn man den Gipsverband glatt und faltenlos anlegt, was allerdings nicht leicht ist.

Ewald-Hamburg.

88) **Fr. Staffel** (Wiesbaden). Einige Bemerkungen über Plattfuss- und Valguseinlagen.

Arch. f. Orth., Mechanother. und Unfallchir. 1908. Bd. VII. 1.

Zur Beseitigung der Plattfussbeschwerden hat St. neben der Verwendung von den üblichen Einlagen häufig nichts anderes getan, als die normale Innenwölbung der Stiefelsohle gestützt, und zwar durch einen 1,8 mm dicken, 1,7 cm breiten federnden Bandstahl, der an der Ferse befestigt ist und bis zum Grosszehenballen



verläuft. Die Stahlspange wird nach einer weicheren Modellspange, die der Innenseite des strumpfbekleideten Fusses angepasst ist, zurechtgebogen. Die Spange wird vom Schuhmacher mit Leder abgedeckt.

Beim Pes valgus muss der ganze Fuss auf eine schiefe Ebene gebracht werden, weshalb in leichteren Fällen Absatz und Innenrand der Sohle nur erhöht zu werden braucht. In schwereren lässt St. aus Kork einen zweckmässig geformten Keil im Stiefel auf der federnden Spange aufbauen. Derartige Stiefel müssen jahrelang getragen werden, gleichzeitig darf eine Kräftigung der Muskulatur durch Massage, Faradisation und Uebungen nicht versäumt werden. Ewald-Hamburg.

89) **Robert Jones** (Liverpol). An operation for paralytic calcaneo-cavus.

The american journal of orthop. surg. 1908. April.

J. nimmt folgende zweizeitige Operation zur Beseitigung des paralytischen Hackenhohlfusses vor:

I. Tenotomie der fascia plantaris und manuelles Redressement des Fusses. — Schnitt an der Innenseite, keilförmige Resektion des Caput tali und os naviculare. Naht und Beseitigung des Hohlfusses dadurch, dass der Vorderfuss mit der Längsrichtung des Kalkaneus in eine Linie gebracht wird. Dadurch also scheinbare Vermehrung des Hackenfusses. —

II. Nach vier Wochen Schnitt an der Hinterseite der Ferse. Keilresektion der Trochlea und der beiden Malleolen. Der Fuss muss dann mit dem Unterschenkel einen rechten Winkel bilden. Verband, bis beide Resektionsstellen knöchern vereinigt sind. — Ist die Lähmung nur eine teilweise, so soll man nur die erste Operation machen und vier Wochen später die Gelenkkapsel und Achillessehne verkürzen. Ewald-Hamburg.

90) **Laument** (Antwerpen). Un cas de luxation complète du métatarse.

Journal de Radiologie. Décembre 1908.

Der V. berichtet über einen Fall von vollkommener Luxation des Mittelfusses. Der Unfall war durch Fall auf die Füsse aus 8 Meter Höhe entstanden. Die klinische und Röntgenuntersuchung wiesen auf eine Verlagerung des ersten Mittelfussknochens nach innen und oben, der vier anderen nach aussen und oben hin.



V. nimmt folgenden Mechanismus an: Die proximale Gelenkfläche des ersten os metatarsi und des ersten cuneiforme ist schräg von aussen nach innen und von vorn nach hinten gerichtet, während die Gelenkflächen der anderen Mittelfussknochen, der zwei anderen Keilbeine und des Würfelbeins schräg von innen nach aussen und von vorn nach hinten verlaufen.

Proximalwärts sind die äusseren Mittelfussknochen fest durch Bänder miteinander verbunden. Die Bänder aber zwischen dem ersten und zweiten Mittelfussknochen sind dünn und schwach.

So erklärt es sich, dass bei Fall auf den Vorderfuss der erste Mittelfussknochen nach oben und innen, die anderen nach oben und aussen sich verschieben.

Die Reposition war in diesem Fall in Narkose leicht. Nach 5 Monaten aber hatte sich bei zufriedenstellendem lokalen Zustand eine schwere Neuritis ascendens ausgebildet. **Kaisin**-Floreffe.

91) **Martin.** Zur Behandlung der Zehenkontrakturen, insbesondere der „Hammerzehe".

Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung 1908. Nr. 19.

M. nimmt zur Korrektur von Zehendeformitäten einen schmalen Gummistreifen, dessen mittlerer Teil durch die Zehen geflochten wird und dessen Enden spiralig um Fuss und Unterschenkel in die Höhe geführt und dort durch ein paar nicht zu feste Bindentouren befestigt werden. Der Gummistreifen gestattet bei richtiger Anlegung den Zehen die nötigen Bewegungen, die einem eventuell beim Stehen und Gehen erfolgenden Druck ausweichen können, aber doch jedesmal durch den elastischen Zug des Streifens in die korrigierte Stellung zurückkehren. Man kann mit dem Streifen, je nachdem man ihn von oben oder von unten über die difforme Zehe führt, eine Zehe niederdrücken oder heben, man kann auch mehrere Zehen gleichzeitig in ihrer Stellung korrigieren. **Blencke**-Magdeburg.

92) **A. Tietze** (Breslau). Beiträge zur Kenntnis des Entstehungsmechanismus und der wirtschaftlichen Folgen von Fersenbeinbrüchen.

Arch. f. Orth., Mechanoth. und Unfallchir. 1908. Bd. VI.

T. bespricht zunächst den Kalkaneussporn, der die bekannten Schmerzen am Hacken hervorzurufen vermag; nach seiner Ueberzeugung ist derselbe immer ein Zeichen eines beginnenden Plattfusses, hervorgerufen durch übermässiges Zerren der am tuberculum majus calcanei ansetzenden starken Bänder und Muskeln. Der



Schmerz verschwindet bei der üblichen Plattfussbehandlung. Der Sporn braucht also weder durch ein Trauma entstehen, wie dies von anderer Seite behauptet worden ist, noch braucht er zu frakturieren, um die Schmerzen hervorzurufen.

Zum Studium des Entstehungsmechanismus standen T. die Krankengeschichten und Röntgenbilder von 22 Kalkaneusfrakturen zur Verfügung. Die Ergebnisse sind folgende: Rissfrakturen (durch forzierte Kontraktion der Achillessehne) fanden sich nicht, stets handelte es sich um Kompressionsfrakturen. Für deren Zustandekommen spielt nicht nur die Wucht des Falls, sondern auch der Bodendruck, der Bandapparat und die Spaltrichtung des Knochens eine Rolle. Die Bruchform wechselt nach der Richtung der einwirkenden Gewalt.

Ausserdem hat T. die Fraktur 14 Mal an Leichen durch Schlag auf die Fusssohle hergestellt (oder durch Fall eines Gewichts auf die Fusssohle) und fand ähnliche Bilder wie bei den Verletzungen am Lebenden.

Nach der Heilung des Bruchs findet man ausser Kalkaneuszacken und verschobenen Knochenstückchen Abplattung des Kalkaneus, Verschwinden der Strukturzeichnung.

Folgende klinische Mitteilungen über 206 im Breslauer Institut für Unfallverletzte während 12 Jahren beobachtete Fersenbeinbrüche beanspruchen Interesse. Gleich nach dem Unfall diagnostiziert waren davon nur 68 Brüche (!). Nach $^1/_2$ Jahr etwa konnten 43% mit 25% Rente und weniger (4 mit 0%) abgefunden werden, meist schwankte die Rente zwischen 20 und 40%. — 3 Jahre später konnten von diesen Patienten 156 noch einmal untersucht werden. Davon wurden 20 völlig erwerbsfähig gefunden; 72,4% bezogen eine Rente von oder unter 20%. Die wirtschaftlichen Folgen der Fersenbeinbrüche sind demnach nicht so traurige, wie sie meistens dargestellt sind. Bei 76 Patienten wurden Dauerrenten festgesetzt. Im Ganzen wurden 24 wieder vollkommen erwerbsfähig, mehr als die Hälfte von den Uebrigen erhielt Dauerrenten von 15%.

Therapeutisch warnt T. vor zu langer Immobilisation, da ja die meisten Fersenbeinbrüche Gelenkbrüche seien. — Die besten Resultate wiesen die Frakturen auf, die nicht erkannt wurden und dementsprechend auch nicht immobilisiert waren. T. gibt zunächst für 10—14 Tage einen Gipsverband in Varusstellung, dann eine Gipshülse mit Gehbügel, die den Fuss freilässt und Bewegungen desselben gestattet, nach 6 Wochen bekommen die Patienten denselben Apparat aus Leder und Stiefel für ein halbes Jahr.

Ewald-Hamburg.



93) **W. Becker** (Bremen). Redressement und nachfolgende Behandlung des angeborenen Klumpfusses.

Archiv f. Orthop., Mechanoth. und Unfallchirurgie 1908. VI., 4., p. 315.

Auf Grund seiner Erfahrungen rät B. das Redressement von angeborenen Klumpfüssen im ersten Lebensjahr überhaupt zu unterlassen; ein Säuglingsklumpfuss ist in vielen Fällen schwerer redressierbar als ein erwachsener; oft ist es ausgeschlossen dem Säugling einen unverrückbaren Gipsverband anzulegen. Zum Redressement benutzt B. den Graffschen Osteoklasten aus der Schedeschen Klinik, der eine gute Fixation des Kalkaneus erlaubt. Am wichtigsten erscheint ihm die Aufrollung des inneren Fussrandes (die Klebeverbände nach Finck und v. Oettingen erfüllen diese Forderung nicht!). Spannt sich bei der Aufrollung des inneren Fussrandes die Plantarfaszie und der Abductor hallucis, so sollen sie tenotomiert werden; die Achillotenotomie schliesst sich nach vollendetem Redressement an. Die Resultate sollen an der Form der unbelasteten Fusssohle beurteilt werden. Den Verband legt B. nie in der Stellung des maximalen Redressements an, auch redressiert er etappenweise nach jeder neuen Gipsbinde bis zum jedesmaligen Erhärten. — Jegliches Watteunterpolstern hält er für schädlich. Um der Gefahr eines Rezidivs vorzubeugen, sollen die überflüssigen Hautfalten auf der Aussenseite des Fussrückens exzidiert, und die Wundränder vernäht werden. Vom 4. Tag an kann der Patient im Gipsverband gehen. Manchmal kommt es nach dem Redressement zum traumatischen Oedem mit Blasenbildung an den Zehen; dann muss der Verband entfernt und nach Schwinden des Oedems erneut werden.

Mit der Behandlung rezidivierter Klumpfüsse hat B. sehr schlechte Erfahrungen gemacht, weshalb er alle Rezidive einer vorherigen Injektionskur mit Thiosinamin oder Fibrolysin unterzieht. — Um das Rezidiv zu vermeiden, soll man die Verbandperiode lange genug ausdehnen, ohne die Muskelatrophie am Unterschenkel zu berücksichtigen. Die Nachbehandlung soll ein bis mehrere Jahre dauern, am meisten empfiehlt sich ein Schienenhülsenapparat, wo dieser nicht anwendbar ist, ein geeigneter Schuh am Tage und eine einfache Hülse während der Nacht. Ewald-Hamburg.

Kongressberichte, Vereinsnachrichten etc.

VIII. Kongress der Deutschen Gesellschaft für orthopädische Chirurgie. Berlin, 13. April 1909.

Bericht, erstattet von

Privatdoz. Dr. WOLLENBERG,

Berlin.

Das umfangreiche Programm des diesjährigen Kongresses, welcher unter dem Vorsitz von Lange-München tagte, konnte in einer am Vorabend des Hauptverhandlungstages stattfindenden Projektionssitzung und in den drei Sitzungen des Hauptverhandlungstages vollständig erledigt werden.

Der dankenswerte Versuch des Vorsitzenden, eine Einigung in mehreren, die angeborene Hüftgelenksverrenkung betreffenden Fragen zu erzielen und durch Aufstellung einiger Hauptthemen aus diesem Gebiet die Diskussion fruchtbarer zu gestalten, dürfte zum grössten Teile als gelungen bezeichnet werden.

1) **Drehmann** referierte über das Thema „Anteversion und Sagittalstellung". Er unterscheidet Anteversion und Retroversion des Kopfes und des Halses, Antetorsion und Retrotorsion des oberen Femurendes; unter Sagittalstellung bezeichnet er eine Drehung des Femur in toto zum Becken, wie sie bedingt wird durch Rotation nach aussen resp. nach innen. Anteversion des Kopfes hat er nur beim Foetus gefunden, Retroversion des Kopfes bei Coxa vara.

Die physiologische Torsion des oberen Femurendes schwankt zwischen 10 und 40°, ist verschieden bei den verschiedenen Lebensaltern, beträgt beim Erwachsenen 10—12°; es findet also mit zunehmendem Alter ein Zurückgang der Torsion statt. Es gibt ferner anthropologische Differenzen (Klaatsch). Beim Vergleiche mit der Tierreihe zeigt sich der Torsion des menschlichen oberen Oberschenkelendes am nächsten nicht etwa die der Affen. Bei den Vögeln, z. B. bei der Gans, dem Huhn, ist eine Retrotorsion vorhanden.

Bei der angeborenen Hüftgelenksverrenkung konnte D. eine reine Anteversion des Kopfes nicht auffinden, eine Anteversion des Halses war ebenfalls nicht bedeutend. Torsion findet sich dagegen stets; sie beträgt meist 30—45°; in älteren Fällen kommen auch höhere Grade vor (60—80°).

In der Diskussion pflichtet Gocht diesen Ausführungen im Allgemeinen bei, er besitzt jedoch ein Präparat von Anteversion des Kopfes bei Luxation der Hüfte. Am Halse hat er stets Retroversion gesehen. Die Torsion des Femur liegt normalerweise im unteren Abschnitte, bei der Lux. coxae dagegen im obersten Teile des Schaftes.

Reiner weist bei dieser Gelegenheit wieder auf sein Verfahren zur Beseitigung der Anteversion hin: Osteoklase im unteren Femurende und Korrektur. Bade widerspricht Reiner bezüglich der Bedeutung der Anteversion als retentionshindernden Momentes. Hohmann setzt die Röntgenbefunde bei den verschiedenen Stellungsveränderungen des Halses und Kopfes auseinander. Bei der Antetorsion tritt der Troch. min. — bei Aufnahme in Mittelstellung — stärker hervor als normal; bei der Anteversion dagegen genau so, wie im normalen Bilde. Bei der Retrotorsion springt der Troch. min bei Innenrotation



nicht mehr hervor; der Hals zeigt bei Mittelstellung seine grösste Länge, wird bei Innenrotation kürzer (umgekehrt also, wie normaliter). Die Funktion findet H. trotz der Anteversion nach gelungener Reposition meist gut.

2) **Spitzy**: Wie oft findet sich in den luxierten Gelenken eine angeborene Coxa vara? Bei Innenrotation und Abduktion kann im Röntgenbilde eine Coxa vara vorgetäuscht werden. Bei 331 Röntgenplatten von Luxierten konnte Sp. bei Jugendlichen nirgends eine Coxa vara nachweisen; je älter die Fälle waren, desto häufiger war eine Varusstellung sichtbar.

Also ist die Coxa vara bei der angeborenen Hüftverrenkung sekundär, es besteht kein engerer Kausalnexus zwischen beiden Krankheitsbildern. Wohl aber kommt die Coxa vara bei Geschwistern vicariierend mit der Lux. congen. coxae vor, auf der Basis fehlerhafter Keimentwicklung.

Diskussion: Lange hat in seinem Luxationsmateriale 2,3 % Coxa vara congen. Bade hält die mit der angeborenen Luxation vergesellschaftete Coxa vara nicht für congenital; er glaubt, dass sie bedingt werde durch irgend welche knochenerweichende Prozesse, z. B. durch Rachitis.

3) **Stieda**: Wie oft findet sich in den luxierten Gelenken gleichzeitig eine angeborene Coxa valga? Referent kann diese Frage nicht beantworten, da er weder am anatomischen Praeparat diese Kombination auffinden konnte, noch beweisende Fälle aus der Literatur.

Diskussion: Drehmann hat einen einzigen einwandsfreien Fall dieser Art gefunden; er erinnert an einen hierher gehörenden Fall Heusners. Lange konnte in seinem Materiale in 1,1 % der Fälle Coxa valga nachweisen.

4) **Fröhlich**: Die Entstehung und Bedeutung der nach der Reposition öfters beobachteten, erworbenen Coxa vara.

F. unterscheidet a) Verbiegungen, die bald nach der Reposition eintreten und sich durch ihren akuten Verlauf auszeichnen; sie sind auf Fraktur, Epiphysenlösung während der Reposition oder auf ein Abreissen des Collum fem. während der Massage und Mobilisationsbehandlung zurückzuführen; b) langsam zur Ausbildung kommende Coxa vara, die als Belastungsdeformität zu deuten ist; in einigen Fällen mag Rachitis, in anderen irgend ein infektiöser Prozess die Ursache abgeben. Die Prognose ist bis auf wenige Ausnahmen günstig, die Therapie eine palliative.

Diskussion: Joachimsthal hat unter 150 Fällen, deren Reposition mindestens 4 Jahre zurückliegt, 5 Fälle mit sekundärer Coxa vara (früher war dieselbe nach den Röntgenbefunden nicht vorhanden) beobachtet; es war stets die typische Coxa adducta, analog der rachit. Coxa vara, vorhanden. Pürkhauer berichtet aus Langes Klinik über 175 Fälle, unter denen 7,5 % nach der ersten Verbandperiode Coxa vara aufwiesen (Verletzung des Schenkelhalses, der Kopfepiphyse, vielleicht auch Folge der Muskelwirkung). 8,2 % zeigten Coxa vara nach der dritten Verbandperiode (Belastungsdeformität). 48 % zeigten in noch späterer Zeit erworbene Coxa vara. Lange nimmt an, dass in diesen Fällen die Pfanne nicht Kugelform hatte und so eine Deformierung des oberen Oberschenkelendes bewerkstelligte. Alsberg ist der Ansicht, dass Langes Fälle von Coxa vara, im zweiten Verbande entstanden, vielleicht vorgetäuscht worden sind dadurch, dass die Röntgenbilder in Abduktion des Oberschenkels aufgenommen werden mussten.

5) **Köhler** demonstriert Bilder, welche die normale Anatomie der Pfanne im Röntgenogramm erläutern; er berücksichtigt besonders die sich



überschneidenden Linien, welche durch die Corticalis der Beckenknochen und der Pfannenkomponenten gebildet werden, deren Deutung uns ja aus dem Buche des Redners „Die normale und pathol. Anatomie des Hüftgelenks etc. etc.“ bekannt ist.

6) **Cohn** demonstriert seinen Lagerungsapparat, der die Aufnahmen bei der kongenitalen Hüftluxation unter stets gleichen Bedingungen zulässt.

7) **Böhm** zeigt Diapositive von anatomischen Präparaten, welche die Assimilation des Atlas an das Hinterhaupt in verschiedenen Graden, sowie Präparate, welche teilweise Verschmelzung der obersten Halswirbel, meist auch mit Spaltbildung kombiniert, aufweisen; er betont die durch derartige kongenitale Anomalieen bedingten Schiefhaltungen des Kopfes, den Torticollis congenitus osseus, auf den in Zukunft mehr geachtet werden müsse. Einige Röntgenbilder, in vivo aufgenommen, scheinen ebenfalls Belege für derartige Anomalieen zu sein.

8) **Schulthess** spricht über die Funktionsprüfung der Muskeln bei Lähmungen; zur Feststellung der Lähmungen verdient das Bewegungsexperiment gegenüber der elektrischen Untersuchung in den Vordergrund gestellt zu werden. Bei Bewegungsversuchen werden stets mehrere Muskelgruppen in Funktion treten, nicht ein einzelnes Muskelindividuum. Die Funktionsprüfung muss bei einer gewissen Dehnung des Muskels, nicht zu gross und nicht zu klein, ausgeführt werden; diese Dehnung darf nur mit geringer Kraft hervorgerufen werden; es muss ferner auf eine Entspannung der Antagonisten hingearbeitet werden; Kontrakturen sind zu berücksichtigen. Seine Methode, die allen diesen Aufgaben gerecht wird, erläutert Redner an zahlreichen Beispielen, die am Projektionsschirm demonstriert wurden.

9) **Becher** referiert über die anatomischen und funktionellen Resultate der unblutigen Einrenkung der angeborenen Hüftverrenkung bei älteren Personen. Hier ist die Schwierigkeit weniger in der Reposition und Retention gelegen, als in der leicht eintretenden nachfolgenden Versteifung resp. Kontraktur. Drei Fälle von reponierten veralteten Luxationen werden gezeigt. Die Nachbehandlung ist sehr wichtig, es wird nur 6 Wochen fixiert. Von der Wiederherstellung eines guten Gelenkes kann nicht die Rede sein, da Kopf und Pfanne zu inkongruent sind. Die rasch eintretende Kapselschrumpfung, die so leicht zur Versteifung des Gelenkes führt, ist auf der anderen Seite wieder das retinierende Moment.

10) **Deutschländer** demonstriert die Erfolge der blutigen Reposition der kongenitalen Hüftverrenkung, bezüglich deren Einzelheiten wir auf die Publikationen des Redners verweisen.

11) **Rosenfeld:** Die Bezeichnung der verschiedenen Stellungen des Oberschenkels. R. hat ein Koordinatensystem, analog dem in der geographischen Topographie gebräuchlichen, auf einer Kugeloberfläche konstruiert, in deren Mittelpunkt der Drehpunkt des Hüftgelenkes liegt. Die Streckstellung des Oberschenkels soll mit 180° bezeichnet werden. Der Vorschlag wird nicht diskutiert, sondern einer Kommission überwiesen.

12) **Lorenz:** Die heutige Technik der Reposition. L. will für seine Primärstellung die Bezeichnung der Flexions-Abduktion von 90° beibehalten wissen. Die bei Anteversion in späterer Fixationsperiode nötig werdende Fixierung der Innenrotation ist sehr schwierig; es ist bei stärkerer Anteversion zunächst eine forzierte „Lorenzsche Primärstellung“ notwendig. Es ist dann



eine „retrograde Korrektur" erforderlich, derart, dass in der zweiten Verbandperiode die Flexion stärker ausgeprägt bleibt, als die Abduktion. Für Fälle mit sehr starker Anteversion, von zirka 90°, empfiehlt L. die Reinersche Osteoklase. Für die blutige Operation plaidiert L. nicht, da sie nach Jahr und Tag Flexions- und Abduktionskontrakturen ergibt.

13) **Joachimsthal:** Die Retention durch Neubildung des knöchernen Pfannendaches. Die Untersuchungen zeigen, dass von einer Pfannenneubildung während der Verbandperiode nicht gesprochen werden kann. J. zeigt zwei Präparate von reponierten Luxationen, die ihm von E. Müller-Stuttgart zur Verfügung gestellt wurden, bei welchen der Kopf gut von der Pfanne eingeschlossen ist.

Diskussion: Baeyer: Da wir mit einer Pfannenneubildung während der ersten Zeit nicht rechnen dürfen, kommt alles auf die Kapselschrumpfung an; am wichtigsten für die Retention ist die Schrumpfung des vorderen und oberen Kapselbandes schon während der Verbandperiode. Springer bestätigt diese Erfahrungen; er verlängert die erste Stellung auf 6 Monate und lässt dann den Verband ganz weg. Bade empfiehlt einige technische Kleinigkeiten: a) Beckenfixation durch eine T-Binde, b) für schwere Fälle Zug durch eine Binde am gebeugten Kniegelenke und am Trochanter major. Hohmann: Aehnlich so wird in der Langeschen Klinik verfahren; Zug in der Längsachse des Beines, Querzug am Trochanter. Gocht weist darauf hin, dass das Lig. ileofemorale ant. und super. bei der Hüftluxation stets verkürzt ist. Die Beckenfixation besorgt er, ähnlich wie Bade, durch Quelen.
Schultze zeigt seinen Tisch zur Einrenkung der Hüftluxation, bei welchem der Rumpf nach oben gezogen wird, der Fuss mit Laschen nach unten, während ein Trochanterzug senkrecht dazu wirkt.

14) **Ludloff:** Vorschläge zu einer Sammelforschung für die bisherigen Ergebnisse der unblutigen Einrenkung. Es sollen Pausen, die analog den von Ludloff gezeichneten hergestellt sind, von einwandsfrei aufgenommenen Röntgenbildern der Fälle bis zum Jahre 1908 anonym eingesandt werden.

15) **Bade:** Lähmungen nach Einrenkung der angeborenen Hüftverrenkung. Unter 2204 Fällen (Sammelenquête) 67 Lähmungen. Die Häufigkeit der Lähmungen steigt im ersten Decennium an, im zweiten ab. Die Mehrzahl der Fälle ist als Quetschungslähmung zu deuten, und zwar durch Abrutschen des Kopfes auf das Foramen ischiadicum bei iliacaler Luxation. Ein Teil der Fälle besteht in Zerrungslähmungen. Es kommt eine causale und symptomatische Therapie in Betracht; am wichtigsten ist jedoch die Prophylaxe, die in frühzeitiger Reposition, in kräftiger Extension während der Repositionsmanöver besteht; zu vermeiden sind besonders die Hoffaschen Streckbewegungen des Unterschenkels bei in Abduktion und Flexion stehendem Oberschenkel.

16) **Reiner:** Die blutige Einrenkung. Bei einseitiger Luxation ergibt die blutige Reposition in 40% gute Resultate, in 18% Misserfolge (Reluxation, Ankylose), während die doppelseitige Luxation in 50% Misserfolge ergibt. Gleichwohl erkennt R. die blutige Reposition als einen berechtigten Eingriff an, nämlich, wenn die primäre Reposition nicht möglich ist; nicht jedoch, wenn die Retention bei unblutiger Einrenkung versagt.

17) **Hoeftman** zeigt zwei Fälle, bei welchen er durch prothetischen Ersatz, in dem einen Falle der Füsse, in dem anderen der Hände und Füsse



hervorragende Funktion erzielte. Die Fussgelenke der Prothesen sind versteift und erlauben ein sehr sicheres Gehen; der Patient mit Prothesen der Vorderarme resp. Hände ist imstande, sich allein aus- und anzukleiden (Druckknöpfe), seine Prothesen sind mit auswechselbaren Instrumenten (Messer, Gabel, Löffel, Schlosserwerkzeuge) versehen.

18) **Mayer** erzielte durch die Kombination der Sehnenverkürzung mit der Nervenplastik gute Resultate bei einem Falle von Radialislähmung infolge Decubitus nach Streckverband und bei einem Falle von Medianuslähmung nach spinaler Kinderlähmung.

Diskussion: Spitzy zeigt den vor 4 Jahren schon demonstrierten Fall von durch Nervenplastik geheilter Radialislähmung (es handelte sich um eine bei der Geburt erworbene traumatische Lähmung). Die Sehnenoperation soll erst ausgeführt werden, wenn in geeigneten Fällen die Nervenplastik vorher ausgeführt ist, da sonst das Resultat verschleiert wird. Bei spastischen Lähmungen hat er sehr gute Resultate durch Nervenplastik erzielt, indem er den Medianus durch Abspaltung schwächte und den Radialis stärkte durch Kraftzufuhr mittelst Annähung des abgespaltenen Medianuszipfels. Die Stellung des Daumens muss in solchen Fällen durch Tenotomie des Adductor pollicis korrigiert werden.

19) **Krukenberg** demonstriert ein neues System von Bewegungsapparaten, das sich von anderen dadurch unterscheidet, dass die Pendel aufgehängt sind, sodass die Bewegungsexkursionen nach allen Seiten hin stattfinden können.

20) **Caro** zeigt einen Universalwandpendelapparat, bei welchem der Ausschlag durch eine Kuppelung (Zahnkranz an der Stirnseite der Pendelachse) reguliert wird. Fixierung der Glieder durch Schlitzbandage. Den Apparaten wird Raumersparnis und Billigkeit nachgerühmt.

21) **Schanz**: Ueber die paraartikuläre Korrektur von Kniegelenksdeformitäten. Sch. zeigt Röntgenbilder von Genu valgum resp. varum, bei welchen er die Deformität durch Infraktion auf spitzem Keile korigiert hat (die Methode ist von Lehr beschrieben).

Diskussion: Werndorff und Lorenz begrüssen das Vorgehen von Schanz, da es dem fruchtbaren orthopädischen Prinzipe, die Deformität nicht durch Eingriff in den Gelenkmechanismus selbt zu beseitigen, entspreche. Perthes empfiehlt für gewisse Fälle die Keilosteotomie. Spitzy die Epiphyseotomie.

22) **Finck**: Ueber die Entbindungslähmung. F. hat drei Fälle beobachtet, bei denen keinerlei Kunsthülfe angewandt worden war. Er schildert die Syptomatik.

Diskussion: Rosenfeld hat einen ähnlichen Fall beobachtet. Werndorff hält die Epiphysenlösung für die häufigste Ursache. Spitzy empfiehlt Osteotomie des Humerus und folgende Drehung des unteren Fragmentes, ebenso Vulpius. Helbing hat in solchen Fällen die Tenotomie des Pektoralis mit Erfolg ausgeführt. Becher betont, dass die von Spitzy empfohlene Operation schon vor 6—8 Jahren von Hoffa geübt wurde.

23) **Böcker**: Gibt es wirklich permanente paralytische Hüftluxationen nach vorne? B. verneint die Frage auf Grund seiner Beobachtungen und seines Literaturstudiums.

Diskussion: Vulpius hat eine ganze Reihe von paralyt. Luxationen nach vorne gesehen



24) **Kölliker**: Plan der neuen Poliklinik für orthopäd. Chirurgie in Leipig. K. demonstriert Baurisse der offenbar sehr zweckmässig angeordneten Anstalt.

Diskussion: Spitzy freut sich mitteilen zu können, dass auch in Graz die seiner Leitung unterstellte orthopädische Abteilung unabhängig gemacht ist.

25) **Biesalski** überreicht der Gesellschaft ein Exemplar der nunmehr in Buchform erschienenen der Verarbeitung der Krüppelstatistik, betitelt: Umfang und Art des jugendlichen Krüppeltums und der Krüppelfürsorge in Deutschland. Hamburg u. Leipzig 1909). Das umfangreiche Werk ist die Frucht einer dreijährigen Arbeit.

Diskussion: Schlichthorst betont die Wichtigkeit der Prophylaxe in der Krüppelfrage und fordert zur Errichtung eines Seehospizes, das diesen Zwecken dienen soll, auf. Verteilung eines gedruckten Aufrufes, welcher die Wichtigkeit des Gegenstandes begründet. Becher glaubt nach seinen Erfahrungen annehmen zu müssen, dass die Krüppelstatistik über das Ziel hinausschiesse, insofern, als mehrfach Patienten als Krüppel gezählt seien, die keinen Anspruch auf diesen Namen machen könnten. An der Diskussion hierüber beteiligen sich Biesalski, Muskat, Schanz, Spitzy, Klostermann, Rosenfeld. Letzterer meint, dass Bechers Kritik, wenn sie vielleicht auch für Münster stimmen hönnte, keine allgemeine Geltung habe. Fehlerquellen seien bei derartigen Erhebungen natürlich nicht ganz zu vermeiden.

26) **Drehmann**: Beiträge zur Aetiologie und Therapie der Coxa vara. D. glaubt, dass die zu starke Belastung eines auf kindlicher Stufe zurückgebliebenen Skeletteiles (hier also des oberen Oberschenkelendes) eine Verbiegung an der schwächsten Stelle, also der Epiphysenlinie zur Folge habe, wobei die Ausgangsstellung bei der Belastung, Aussenrotation und Hyperextension bedeutsam ist. Als Therapie empfiehlt Dr. das unblutige Redressement in Narkose, Gipsverbände auf längere Zeit. Die funktionellen Resultate sind gute.

Diskussion: Lorenz glaubt, dass die statische Coxa vora auf Epiphysenlösung zurückzuführen sei, dass dementsprechend die Behandlung in Refraktion und Adaption der Fragmente zu bestehen habe. Die früheren Resultate der blutigen intrakapsulären Operationen wiesen eine hohe Mortalität auf. Gocht betont, dass das Redressement schon früher angewandt wurde. Bei dem Falle von Coxa vara bei Osteomalacie, über welchen er im Vorjahre berichtete, ist unter starken Phosphorgaben eine weitere ganz erhebliche Besserung eingetreten. Preiser erzielte bei einer Coxa vara bei idiopathischer Arthritis deformans durch Eingipsung, Medicomechanik, Schienenhüslenapparat grosse Besserung. Alsberg meint, dass der blutigen Therapie doch ihr Gebiet bleibe; die Osteotomia subtrochanterica leiste vorzügliches. Lange macht nur Tenotomie der Adduktoren und Redressement durch Gewichtszug; er hat dabei auch objektive Besserung der Coxa vara (Röntgenbild!) gesehen. Guradze tritt in schweren Fällen für die subtrochantere Osteotomie ein. Lorenz bemerkt ausdrücklich, dass seine vorherigen Ausführungen sich nur auf intrakapsuläre Eingriffe bezögen; gegen extraartikuläre Eingriffe verhält er sich durchaus nicht ablehnend Preiser meint, dass bei der mit Arthr. deformans vergesellschafteten Coxa vara die Verhakungen durch Brisement gelöst werden müssen; Karch dagegen warnt vor diesem Manöver bei Arthritis deformans, da er in einer Woche zwei Todesfälle dabei erlebte. Drehmann empfiehlt sein Verfahren nur für die Coxa vara adolescentium.



27) **Riedinger** zeigt Präparate und Röntgenbilder von Humerus varus, jener Deformität, bei welcher, analog dem Trochanterhochstand bei der Coxa vara, die Tubercula dem Caput humeri gegenüber in die Höhe geschoben sind, resp. bei welcher eine Adduktion der Humerusdiaphyse gegenüber dem Kopfe zustande gekommen ist. Die Röntgenuntersuchungen stammen von Kretinen, bei welchen die Deformität einige Male deutlich war, während ein anatom. Präparat die Deformität im Gefolge der Arthritis deformans darstellt.

28) **Röpke** benutzt die unter der Anwendung starrer Verbände auftretende Knochenatrophie zum Ausgleich rachitischer Unterschenkelverkrümmungen. Die Technik besteht darin, dass das Glied auf einige Wochen eingegipst wird, worauf man die Umkrümmung in Narkose vornimmt. Letzteres gelingt dann sehr leicht, die Erfolge sind gute.

29) **Cramer** hat die Heilung von Knorpelwunden bei gleichzeitiger künstlicher Entzündung des Gelenkes einer experimentellen Prüfung am Kaninchen unterzogen, wobei er zu dem bemerkenswerten Ergebnis kam, dass — entgegen der herrschenden Ansicht — auch bei dieser Versuchsanordnung, genau wie bei Knorpelwunden nicht entzündeter Gelenke, keinerlei Knorpelwucherung, nie ein Ausgleich der Wunde durch echtes Knorpelgewebe eintritt.

30) **Jansen** stellt eine neue Theorie der habituellen Skoliose auf, bei welcher bes. die respiratorische Wirkung der Skaleni berücksichtigt wird.

31) **Gocht** zeigt einen Apparat zur Lordosierung der Wirbelsäule bei rundem Rücken und bei Skoliose; es handelt sich um eine schiefe Ebene, auf welcher der Patient in Bauchlage und unter Suspension am Kopfe ruht.

32) **Härtel** spricht über Rückgratverkrümmungen bei Tieren. (Der Vortrag wurde nicht vollständig gehalten.)

33) **Krieg** betont die Bedeutung der Atemgymnastik bei schweren Skoliosen im Zusammenhang mit dem Klappschen Kriechverfahren.

34) **Fränkel** sucht die Wirkung des letzteren Verfahrens in seiner von ihm modifizierten Form durch Demonstration einer Patientin und von Röntgenogrammen darzutun.

35) **Wahl** demonstriert einen „Scharnierosteoklast“ bes. zum Redressement der Fussdeformitäten,

36) **Reiner** eine sehr zweckmässige Modifikation des Lorenzschen Osteoklasten.

37) **Muskat:** Orthopädie und Schule. Redner weist auf die Prophylaxe der Deformitäten hin, die natürlich schon vor dem Eintritt in die Schule in Aktion kommen müsse; es wird auf das skoliosenfördernde Moment des schiefen Führens der Kinder (Zerren am Arme) aufmerksam gemacht.

Zum Vorsitzenden des 9. Kongresses der Gesellschaft wurde mit grosser Majorität Joachimsthal gewählt.



XXXVIII. Versammlung der Deutschen Gesellschaft f. Chirurgie zu Berlin, Langenbeckhaus.

14.—17. April 1909.

Bericht, erstattet von
Dr. MOSENTHAL,
Berlin.

An dem Demonstrationsabend wurden Bilder zu folgenden Vorträgen gezeigt.

Birt (Hamburg) führt Spätaufnahmen von Frakturen vor, an denen ersichtlich ist, dass selbst bei schweren komplizierten Frakturen nach ca. 5 Jahren die äussere Form der Knochen kaum eine von der Norm abweichende ist, nur an der inneren Struktur zeigen sich noch hier und da Veränderungen. Kortikalis und Epiphysenlinien sind glatt.

Wollenberg (Berlin) zeigt die mikroskopischen Präparate von 6 Fällen von Arthritis deformans mit verschiedener Aetiologie, die ergeben, dass die klinisch verschiedenen Formen der A. d. sich auch anatomisch differenzieren lassen, speziell was die entzündliche und nicht entzündliche Basis betrifft; im Versorgungsgebiet des Gewebszerfalles zeigen sich bei der traumatischen und idiopath. a. d. frappierend hochgradige Sklerosen der Arterienwände, während dort, wo die Regeneration vorwiegt, stets hyperämische Venen nachweisbar sind. Die so dunkle idiopatische A. d. ist also wahrscheinlich analog der traumatischen A d. durch Sklerose der Knochenarterie, allerdings aus noch unbekannter Veranlassung, entstanden.

Katzenstein (Berlin) führt einen Pat. mit Trapeziusparese vor, bei dem er folgende schöne erfolgreiche Operation ausgeführt hat. Ersatz des unteren Abschnittes durch den oberen Teil des latissimus dorsi derselben Seite, des mittleren und oberen Abschnittes durch ein entsprechendes Stück desselben Muskels von der anderen Seite. Bei Serratuslähmung ersetzt er den Muskel durch ein Stück des trapezius und pectoralis maior, die um den Scapularrand herumgeschlagen werden.

Preiser (Hamburg) zeigt 16 Diapositive einer typischen periostalen Kallusbildung am condylus internus femoris nach Kniedistorsionen (Stieda), Es handelt sich nach P.s Bildern und Leichenversuchen meist nicht um eine Fraktur, sondern um ein Stück abgerissenen Periosts mit nachfolgender Verknöcherung nach einem von aussen nach innen stattgehabten Trauma In Betracht kommen noch ein Abriss des distalen Endes der Sehne des adductor magnus und Abriss des ligamentum collaterale internum. Der Kallusschatten tritt erst einige Zeit nach dem Trauma auf und kann wieder verschwinden.

Der Kongress selbst wird mit einer interessanten Debatte über Narkose eröffnet. Bei Inhalationsnarkose legt **Neuber** (Kiel) grossen Wert auf gute Vorbereitung des Patienten: Säuberung des Mundes, Darmentleerung, ev. Digitalis. Die Referenten sind sich darüber einig, dass der Aetherrausch ungefährlich ist, **Sudek** (Hamburg) rät für einschleichende Anwendungsweise desselben und empfiehlt die Skopolamin-Morphium-Narkose, da die narkotischen Dosen stark herabgesetzt werden können und nur bis zum Eintritt völliger Schmerzlosigkeit betäubt zu werden braucht.



Bier (Berlin), der über den heutigen Stand der Lumbal- und Lokalanästhesie berichtet, hält das Cocain und seine Präparate für unentbehrlich. Das beste lokale Anästhetikum, Nococain mit Adrenalinzusatz in richtiger Dosierung, ist ohne Schädlichkeit. Weiter empfiehlt er die Hackenbruchsche Infiltration, die endoneurale Injektion und die anderen altbewährten Methoden lokaler Anästhesierung. Venenanäst. ist contraindiziert bei seniler diabetischer Gangrän. Bei der Lumbalanästhesie ist das beste Mittel Tropococain 0,05—0,06. Erbrechen tritt in 8%, Kopfschmerzen in 6% auf. Indiziert ist die Lumbalanesthesie, wo Narkose kontraindiziert ist.

Rehn (Frankfurt a. M.) hat an Tierversuchen (Lumbalanästhesie) die Dosen der verschiedenen Präparate und ihre Ausscheidung im Urin und ihr Erscheinen im Gehirn geprüft. Tropococain erscheint nach 10, Novocain nach 30 und Stovain nach 36 Stunden im Urin; beim Pferd spätestens nach 24 Minuten im Gehirn, er kommt zu dem Schluss, dass auch ein spezifisch schwererer Stoff zentralwärts geführt wird.

Von allen Autoren, speziell von **Kader** (Krakau), wird besonders auf die Technik der Injektion Wert gelegt, von deren exakter Ausführung aller Erfolg in erster Linie abhängig ist. Absoluteste Asepsis etc. Er gibt grössere Dosen 0,07 bis sogar 0,12 ccm, er erlebte unter 985 Fällen 11 Versager, 2 schwere Kollapse, 4 Todesfälle, die er aber nicht auf Kosten der Lumbalan. schiebt

Ehrhardt (Königsberg) berichtet über den Versuch von Injektion mit arabinsauren Anästheticis. **Hosemann** (Rostock) empfiehlt zur Therapie der Kopfschmerzen Kochsalzinfusionen nach vorangegangener Druckmessung.

Bauer (Breslau) zeigt einen Aethertropfnarkosen-Apparat, der dem Narkotiseur die Hände frei lässt. Bier spricht sich zum Schluss dahin aus, dass die Lokalanästhesie noch viel öfter angewendet werden soll.

Den Reigen der orthopädischen Vorträge eröffnet **Bardenheuer** (Köln). Er spricht über Plexuslähmung. Die Ursache derselben sieht er in erster Linie in entzündlichen Infiltrationen in der Umgebung, nicht im Trauma selbst. Therapie: Exzision der Narbe und Umlegung des Plexus mit Katgutplatten.

Tilman (Köln) zeigt einen sehr schönen Erfolg von facialis-hypoglossus-Anastomose nach Durchhauen des Fazialis vor 4 Jahren. Der Hypoglossus wurde an der Stelle, wo er seine Aeste herabsendet, mit dem Fazialis am Austritt aus dem foramen sthylo-mastoideum vernäht. Nach 9 Monaten traten Bewegungen ein. Jetzt ist der Patient imstande, durch eigenen Impuls den Fazialis zu innervieren und die so komplizierten mimischen Bewegungen fast wie auf der gesunden Seite auszuführen. Hypoglossusausfall macht keine Störungen, während das Fehlen des accessorius kosmetische Störungen verursacht.

Madelung (Strassburg) empfiehlt zur Reposition der irreponiblen Schulterluxation einen Schnitt auf der Hinterfläche der Schulter, durch den die eventuellen Komplikationen des vorderen Schnittes, die in der Diskussion **Borchhard** (Posen) (Axillariszerreissung) erwähnt, vermieden werden.

Clairmont und Ehrlich (Wien) bilden bei habitueller Schulterluxation einen Muskellappen aus dem hinteren Teil des Deltoides, den sie zwischen den zwei Köpfen des Bizeps nach vorn fixieren.

In der sehr lebhaften Diskussion schliesst sich **Spitzy** (Graz) Bardenheuer an und führt seinen Patienten mit medianus-radialis-Anastomose vor



(s. Orthopäden-Kongress). **Körte** (Berlin) berichtet über eine erfolgreiche Operation von facialis-hypoglossus-Naht (Lochung). **Schlange** (Hannover) empfiehlt bei Schulterluxation dort einzuschneiden, wo der Kopf steht. Bei habitueller Luxation verkürzt er durch einen nach aussen offenen trapezförmigen Schnitt die Kapsel. **Lauenstein** (Hamburg) warnt bei frischer Luxation vor zu zeitigem Operieren, wegen der mangelhaften Thrombosierung der Gefässe, auch vor zu frühem Mobilisieren, mit dem man immer noch zurecht käme, während Bier nicht zur Fixation, sondern zu Bewegungen und Heissluftbehandlungen rät. **Heussner** (Barmen) zeigt eine äusserst einfache Universalschiene, die aus einem Filzstreifen mit darüber gelegter, in der Mitte abgeknickter Serpentinfeder besteht, die sich zur Mobilisierung aller Gelenke, speziell zur Redression kindlicher Klumpfüsse eignet. **Perthes** (Leipzig) beobachtete Rezidive bei habitueller Luxation der Schulter nach 3 Jahren und erwähnt die verschiedenen Arten der Luxationen mit vorderem Rand- und hinterem Muskelabriss. **Hildebrandt** (Berlin) fügt dazu noch die freien Körper als Entstehungsursachen und empfiehlt stets die Eröffnung des Gelenks. **Samter** (Königsberg) rät, an den Stellen die Kapsel zu raffen, an denen sie erweitert ist. **Reiner** (Wien) verstärkt die Kapsel durch den Bizeps. **Lengfellner** (Berlin) stellt einen Fall von Plexuslähmung vor, bei dem er zahlreiche komplizierte Muskel- und Sehnentransplantationen gemacht hat.

Willems (Gent) spricht sich für frühzeitiges Gehen nach Punktion vom Kniehaemarthos aus; je reichlicher der Erguss, je besser das Resultat. 20 Operierte haben im Durchschnitt nur je 9 Tage die Arbeit ausgesetzt.

Draudt (Königsberg) hat die erworbene Elephantiasis mit gutem Erfolg mit Einlegen von Seidenfäden, die am besten 1 Stunde in physiologischer Kochsalzlösung gekocht werden, behandelt.

Klapp (Berlin) sprach über Mobilisierung von Gelenken. 80 Fälle von Gelenkgonorrhoe hat er ohne Inzision behandelt. Bei anderen Gelenkerkrankungen operierte er nach Helferich 14 Fälle von Ellbogenversteifung: sechs ideale Heilungen, 4 erhebliche Besserungen. Der Ellbogen eignet sich besonders für die Operation, da er kein Stützgelenk ist und durch die langen Muskeln und entsprechenden Hebelarme sehr günstige Verhältnisse bietet. Coxitis, die unter Korrektur eingegipst wurde, gab sehr gute funktionelle Resultate. Diskussion. **Payr** (Greifswald) steht auf dem Standpunkt, dass der geschädigte Kapselschlauch bei verklebten Gelenken, wenn er nicht rekonstruiert werden kann, exzidiert werden muss. Durch Tierexperimente stellte er fest, dass die resezierte Kapsel sich immer wieder ersetzt. Die geschädigte Kapsel muss ersetzt oder vernichtet werden, sonst ist sie nicht nur überflüssig, sondern auch schädlich, bei Scharnier-Gelenken müssen die ligamenta lateralia erhalten bleiben, bei Interposition spielt die Art der interponierten Weichteile keine Rolle, am besten ist Knorpel geeignet. **Schulthess** (Zürich) legt grossen Wert auf die Allgemeinbehandlung bei Tbc.-Gelenkerkrankungen. **Preyser** (Hamburg) warnt vor Inzision und Drainage bei gonorrh. Arthritis. **Rehn** (Frankfurt) hält jedoch die Inzision bei gonorrh.-pyämischer Arthr. für notwendig. **Schanz** (Dresden) vermeidet beim Mobilisieren von versteiften Gelenken alle scharfen Bewegungen (brisement forcé), gonorrhoische Versteifungen sind sehr schwer beweglich zu machen, er empfiehlt bei Hüftgelenksankylose die Interposition eines Glutäuslappens und erinnert an die schönen Erfolge bei Kieferankylose mittels Temporalislappen-Einpflanzung.



Fränkel. Klumpfussbehandlung im Saugkasten, kombiniert mit Heftpflasterzügeln, die am Vorderfusse pronieren, am Knöchel supinieren, womit die Redression selbst bei alten Fällen schön gelingt und Narkose erspart wird.

Hoffmann (Greifswald) legt bei Patellarfraktur Quernähte, auch durch die Weichteile. Die Knochennaht bei Frakturen ist der Knochenbolzung vorzuziehen. Der Eingriff ist kleiner und das Resultat besser.

Kausch (Berlin) hat bei seinem vor drei Jahren gezeigten Fall von Knochen-Homoplastik feste knöcherne Vereinigung erzielt, die nicht nur an den Naht- und Berührungsflächen zustande kam, sondern vom Periost aus herüberwuchs. Er kommt auf Grund seiner Versuche zu dem Resultat, dass toter Knochen einheilen kann. Leichenknochen eignet sich nicht besonders zur Implantation.

Steissler (Graz) spricht über die Bedeutung der freien Knochentransplantation zur Wiederherstellung der Knochen- und Gelenkfunktionen und zeigt seine schönen Erfolge an 22 Fällen. Misserfolge kommen oft zustande dadurch, dass sich die Weichteile nicht adaptieren, sondern Höhlen um den Knochen lassen: u. a. wurde eine Humeruscyste ersetzt durch Fibula mit Epiphysenlinie, die weiter funktionsfähig blieb. Ein Talus, der ebenfalls durch eine Cyste zerstört war, wurde durch ein Stück des ossis ilei ersetzt. Ebenso ein zerstörter Trochanter.

Wrede (Königsberg) zeigt Kaninchen, bei denen vor $13^1/_2$ Monaten frei transplantierte Kniegelenke ausgezeichnet funktionsfähig sind. Er berichtet über die mikroskopischen Veränderungen bei Knochentransplantation. Am 111. Tag waren die Knochenhöhlen leer, das Mark hat sich gut erhalten und bildete neuen Knochen. Die alten Knochenzellen gehen verloren, werden aber vom eigenen Mark wieder ersetzt. Der Knorpel hat sich auch gut erhalten verändert hat sich nur die Oberfläche des Knochens.

Kutscha (Wien) spricht über ostitis deformans.

In der Diskussion über Knochenbolzung und Naht empfiehlt **Wilms** (Basel) bei jeder Fraktur, die nicht mit Extension heilt, die Bolzung. **Schultze** (Duisburg) macht die Arthrodese der Fussgelenke durch Bolzung nach Lexer. Die zentrale Bolzung der Tibia gelingt oft nicht. **Reiner** (Wien) empfiehlt bei schwersten Plattfüssen die Implantation eines Periostknochenlappens unter der Wölbung vom Kalkaneus bis zum Metatarsus, der wie ein Zuganker wirkt. **Bardt** (Danzig) empfiehlt, mit den so geglückten Versuchen von Homo- und Autoplastik fortzufahren.

Höftmann (Königsberg) führt einen Patienten vor, dem beide Vorderarme und beide Unterschenkel wegen Erfrierung amputiert wurden. Er hat ihm durch äusserst sinnreich erdachte und praktischr Apparate nicht nur den ausgiebigen Gebrauch seiner Beine (Schienenhülsen mit Gehplatten) wiedergegeben, sondern ihm auch ermöglicht, zu essen, trinken und Handwerkzeuge zu gebrauchen. An den Vorderarmprothesen ist eine Vorrichtung, mit der Patient sich selbst das notwendige Handwerkzeug von einem Gestell fortnimmt und wieder weglegt.

Helbing (Berlin) berichtet über gelungene Operationsresultate bei abnorm weiten Gaumenspalten, die durch eine von ihm erdachte Methode der temporären Verschmälerung des Oberkiefers, die der Langenbeckschen Operation 4—6 Wochen vorausgeschickt wurde, der Heilung nach dem von Langenbeckschen Verfahren zugänglich werde. Das Verfahren eignet sich auch für die Fälle, bei welchen durch eine vorherige missglückte Operation Weichteilmaterial verloren gegangen ist, und für Fisteln, die sich ohne Operation schliessen.



Steinmann (Bern) benutzt zur Nagelxtension einen zweiteiligen Nagel. **Anschütz** (Kiel) bezeichnet die Nagelextension als Ausnahmeverfahren und will sie immer dort anwenden, wo die Bardenheuersche Extension versagt, die Verkürzung wird dadurch stets ausgeglichen. 29 Pfund Belastung genügen, sie konnte bei Phlegmonen beibehalten werden und hat für den Kriegsfall grosse Bedeutung. **Wilms** (Basel) wendet die Nagelextension bei komplizierten Frakturen sofort, bei einfachen erst am 7.—8. Tage an, falls man anderwärts nicht zum Ziel kommt, vor allem ist das Verfahren zur Verlängerung des Beines und bei T-Frakturen am Ellbogen geeignet. **Spitzy** (Graz) erwähnt, dass der Nagel von Codivilla stammt.

Rehn (Königsberg) kommt auf Grund seiner Experimente von freier Sehnentransplantation zu dem Schluss, dass das Peritenonium (intern. u. externum) für die Sehne gleiche Bedeutung hat, wie das Periost für den Knochen. Bei Ueberpflanzungen arbeitet das Periten. der alten und neuen Sehne Hand in Hand. Die freie Sehnenverpflanzung hat vor den anderen Methoden Vorteile. 1) Möglichkeit grosse Defekte zu decken (wichtig für den Quadrizepsdefekt bei Kniegelenkstransplantation), 2) der Heilungsvorgang ist vereinfacht und abgekürzt.

Schlosser (Innsbruck) bespricht die Luxation der gespaltenen Strecksehne am 5ten Finger, die er durch Naht am Dorsum heilte und Knopflochluxation genannt wissen will.

Feinen (Köln) macht bei Sehnenverletzungen der Handflexoren nicht nur die Sehnennaht, sondern auch die Myotomie der Muskeln.

Krukenberg (Elberfeld). Neue Probleme zur Behandlung der Belastungsdeformitäten. 1) Die statischen Verhältnisse einer Deformität werden durch weitere Belastung in demselben Sinne schlechter; um diese falschen Belastungen auszugleichen, hat K. eine Schiene konstruiert, die bei genu valgum und varum aus einem Stiefel mit schaukelförmigem Bogen an der Aussen- resp. Innenseite der Sohle besteht und zwar so, dass die proizierte Belastung in die Grundebene zu liegen kommt und so selbst korrigierend wirkt, in ähnlicher Weise wird ein Gewicht bei Beugekontraktur des Kniees vorn unter der Fussspitze befestigt. 2) Der Fuss bildet kein Gewölbe, sondern besteht aus 2 Streben, die an der Innenseite grösser sind als aussen. 3) Bei jeder Deformität verändern sich die statischen Verhältnisse zu ihrer Ungunsten. 4) Belastet man ein Gewölbe in der Mitte, so fällt es zusammen, während man exzentrisch einen höheren Druck ausüben kann. Darauf fussend setzt K. bei pes planus einen Bügel dicht vor den Absatz, der höher als dieser ist, so dass die Belastung exzentrisch ist. 5) Umsetzung der Schwerkraft in Rotation; durch einen rotierenden ähnlichen Mechanismus muss der Patient in Valgus- oder Varus-Stellung auftreten. 4) In vertikaler Richtung verwendet K. die Schwerkraft bei Koxitis durch einen Selbstbelastungsapparat. 5) Bei schweren Lumbalskoliosen soll der psoas maior als Beuger und Aussenrotator tenotomiert werden. Skoliose behandelt er mit Seitenzügeln, an denen an der konkaven Seite der S. Gewichte hängen (Belastung in horizontalem Sinne).

Borchhard (Posen) spricht über operative Behandlung von jugendlichen Schenkelhalsfrakturen: Indikation ist keine, oder schlechte Heilung. Die Resektion bei subkapitaler Fraktur gibt anfangs gute, später schlechter werdende Resultate. Bei der intertrochanteren Fraktur rät er zur Keilosteotomie von vorderem Schnitt. Die Kapsel soll nur so weit, wie unbedingt nötig,



gespalten werden; lange Bettruhe, später sollen Apparate die Belastung des Schenkelhalses vermeiden. Bei subkapitaler Fraktur soll der Kopf entfernt werden.

Lauper (Interlaken) berichtet über extrakapsuläre typische Frakturen bei Skifahrern. Diskussion: **Pochhammer** zeigt einen Fall von Abrissfraktur des trochanter minor und bespricht die Symptome. **Kirschner** hat bei Hunden und Kaninchen die Achillessehne mit gutem Erfolg durch Faszienstränge ersetzt und empfiehlt die freie Faszientransplantation, da stets reichlich Material zur Verfügung ist (Tractur ileo-tibialis und fascia lata).

Der V. Kongress der deutschen Röntgengesellschaft. Berlin, 18. IV. 1909.

Vorsitzender: KRAUSE,

Jena.

Bericht erstattet von Dr. R. Radike, Berlin.

Die Verhandlungen gliederten sich in Vorträge, Demonstrationen und Projektionen.

1. **Albers-Schönberg**-Hamburg. Die Behandlung der Myome und anderer Erkrankungen des Uterus mittelst Röntgenstrahlen.

   Die Bestrahlung wird angewendet in 4 Fällen:

   1. zur Erzielung der cessatio mensium bei Blutungen infolge von Myomen im Klimakterium,
   2. bei postklimakterischen Blutungen,
   3. bei Myombeschwerden ohne Blutungen,
   4. bei Beschwerden anderer Art.

   Um die artifizielle Klimax herbeizuführen, wird die Verkleinerung der Myome angestrebt durch lang dauernde Bestrahlungen, dabei hat die Erfahrung ergeben, dass bei zunehmendem Alter die erforderliche Bestrahlungszeit abnimmt.

   Postklimakt. Blutungen sind leichter beeinflussbar und geben bei verhältnismässig kurzer Bestrahlung günstige Resultate. Bei Myombeschwerden ohne Blutung ist lang anhaltende Bestrahlung indiziert.

   Auch bei andern Erkrankungen des Uterus sind günstige Resultate zu erwarten.

2. **M. Fränkel**-Berlin: Ueber günstige Beeinflussung von Periodenbeschwerden aller Art (Blutungen, Dysmennorhoen etc.) durch Röntgenstrahlen.

   Die Beobachtungen erstrecken sich über eine Reihe von Jahren, die Behandlung hat zu günstigen Resultaten geführt. Ob die Myome direkt beeinflussbar sind, ist fraglich, vielmehr scheint die Bestrahlung auf die Eierstöcke zu wirken. Bei zunehmendem Alter sind die Eierstöcke durch Röntgenstrahlen leichter beeinflussbar. In der Diskussion, in der auch **H. E. Schmidt**-Berlin über die Wirkungen der Röntgenstrahlen auf Menstruation und Gravidität beim Menschen berichtet. wird die direkte Beeinflussbarkeit der Myome im allgemeinen

nicht für sicher gehalten. Die Gefahr der Herbeiführung eines Abortes wird nach der Beobachtung von **Schmidt**-Berlin und **Krause**-Jena nicht für gross erachtet.

Anämische ganz ausgeblutete Personen sind zu operieren. (**Abel**-Berlin).

Späth-Hamburg berichtet über einen Fall von exitus bei sehr schwerer Blutung.

3. **Kromayer**-Berlin: Röntgendosierung in Theorie und Praxis.
Von den zwei Arten der Messung, der direkten und indirekten, ist die indirekte Methode, die Messung der elektrischen Energie, bestehend aus Spannung und Stromstärke, die bessere. Es wird dazu benutzt die parallele Funkenstrecke und ein Ampèremeter. Die Messung wird also repräsentiert durch ein Produkt aus Milliampère und Zentimeter.

In der Diskussion werden die verschiedenen Arten der Messung besprochen und bewertet, sowie einige Veränderungen und Vereinfachung an einigen bereits bekannten Dosimetern demonstriert.

4. **Försterling**-Mörs: Wachstumsstörungen nach Röntgenbestrahlung.
Vortragender führt eine Ziege vor, deren eine Kopfseite 30 Minuten bestrahlt ist. Es besteht eine kolossale Verkleinerung dieser ganzen Kopfseite, Veränderung am Auge, Defekt des Horns und Enthaarung.

Vorschlag, eine Sammelstatistik anzulegen über Wachstumsstörungen nach Bestrahlung.

5. **Kruckenberg**-Elberfeld hat zwei neugeborene Hunde bestrahlt, bei dem einen die vordere Körperhälfte, bei dem anderen die hintere. Es ergaben sich an den vorgeführten Tieren sehr merkwürdige Veränderungen, indem der eine einen kleinen Kopf und kleine Vorderfüsse, der andere bei normalem Vorderkörper eine abfallende verkleinerte hintere Körperhälfte aufweist. Das erstere Tier, dessen Kopf bestrahlt ist, zeigt Symptome, deren Natur noch nicht klar ist und als Kleinhirnschädigung gedeutet werden könnte.

6. **Krause**-Jena: Ueber schwere nervöse und psychische Störungen nach Röntgenverbrennung.
   1. Fall: Nach einer ziemlich langen Bestrahlung bildet sich ein Ulcus am Leibe heraus und im Anschluss daran eine traumatische Neurose.
   2. Fall: Infolge schwerer Röntgenverbrennung Auftreten einer Psychose, ähnlich wie man sie bei Vergiftungen beobachtet.

7. **Gocht**-Halle: Ueber Röntgenschädigungen. Es werden 8 Thesen vorgeschlagen, in denen eine Präzisierung der Vorschriftsmassregeln für Röntgenologen angestrebt wird.

Im Anschluss an die Vorträge 4, 5, 6, 7 wird beschlossen, durch Kommissionen eine Sammelstatistik über Schädigungen nach Bestrahlung zu veranstalten, und die Fixierung der Gochtschen Thesen für den nächsten Kongress vorzubereiten.

8. **Klieneberger**-Königsberg: Empyen und Pyopneumothorax. Berichtet über die Art der Aufnahme in sitzender Stellung und die Sicherung der Diagnose durch den röntgenologischen Nachweis.

9. **Gottschalk**-Stuttgart: Zur Behandlung von Asthma bronchiale mit Röntgenstrahlen.

Hat 10 Fälle behandelt, bei denen alle anderen Mittel erfolglos waren, das Resultat war ein durchaus günstiges, durch die Bestrahlung sollen die Hilusdrüsen, die durch ihre Schwellung eine Vagusreizung und dadurch das



Asthma bronchiale verursachen, verkleinert werden. Ueber entsprechende günstige Erfolge, besonders bei jugendlichen Individuen, berichtet auch **Immelmann**-Berlin.

10. **Gocht**-Halle demonstriert einige kleine technische Neuerungen.
11. **Gillet**-Berlin-Schöneburg: Ueber einen einfachen, präzis arbeitenden Vertikal-Orthodiagraphen.
12. **M. Cohn**-Berlin: Blenden-Apparat zur präzisen Untersuchung der angeborenen Hüftluxation.
13. **Grashey**-München, Demonstrationen einiger interessanter Aufnahmen.
14. **Walter**-Hamburg: Ein Röntgenröhrenstativ mit Schutzkappe verbunden.
15. **Levy Dorn**-Berlin zeigt einen Plattenhalter.
16. **Muskat**-Berlin: Angeborene familiäre Kontraktur des kleinen Fingers.

    Einer Reihe von Beobachtungen zufolge scheint es sich um eine atavistische Rückbildung zu handeln.
17. **Dessauer**-Aschaffenburg. Eine neue Methode der Röntgenaufnahmen in sehr kurzer Zeit:

    Vortragender zeigt wirkliche Moment-Röntgenbilder, in $^1/_{125}$ Sekunde aufgenommen. Die Messung der Expositionszeit erfolgt an einem rotierenden Film.
18. **Lüppo Cramer**-Achen: Photochemische Vorgänge in der Röntgenographie.
19. **Eberlein**-Berlin: 4 Fälle von Sarkom der Oberkieferhöhle des Pferdes behandelt mit Röntgenstrahlen.

    Nach dem Ergebnis, demzufolge zwei Fälle ungünstig, zwei günstig verlaufen sind, befürwortet Vortragender mit Rücksicht auf die sonst so überaus ungünstige Prognose eine gemischte Behandlung, bestehend in Operation und darauffolgender Röntgenbestrahlung.
20. **Hessmann**-Berlin: Tiefenbestrahlung in unmittelbarem Anschluss an die Operation. Bericht über Versuche, die im Rudolf Virchow-Krankenhause angestellt sind, die vom Chirurgen geschaffene Wundfläche, nach möglichster Entfernung der erkrankten Stelle, sofort zu bestrahlen.
21. **Gocht**-Halle: erörtert die Frage, ob Röntgenbilder plastische oder reine Schattenbilder seien und kommt zu dem Schluss, dass ersteres der Fall sei.
22. **B. Alexander**-Budapest führt Bilder vor von Oberflächendarstellung der Körper.
23. **P. H. Eykmann**-Scheveningen über Röntgenplatten, zeigt seine neue Art von Platten, die den Vorteil der leichten Demonstrierbarkeit haben.

    b. Neue Anwendung der Stereokopie, dabei wird das Röntgenbild in den Körper des Patienten projiciert.

    Ferner eine Kombination von photographischen Aufnahmen und Röntgenogrammen; schliesslich Projektion stereoskopischer Bilder auf den Durchleuchtungsschirm.

    Immelmann-Berlin hat gleichfalls photographische Aufnahmen und Röntgenogramme kombiniert.
24. **Immelmann**-Berlin weist auf die günstige Wirkung des Fibrolysinpflasters bei Röntgendermatitis hin. In der Behandluug des Röntgenulkus sei das beste die sofortige Exzision oder Auskratzung.

    In der Diskussion wird die Frage des zur Operation günstigen Zeitpunktes erörtert; ferner wird festgestellt, dass die Anwendung von Anästhetika die Heilungstendenz behindert.



25. **Grisson**-Berlin über das Wesen der Röntgenstrahlen und die Bedeutung der Stromkurven.
26. **Davidsohn**-Berlin: über Entwickelung und Bestrahlung von Röntgenplatten, Einzelpackungen sind nicht zu empfehlen, ebensowenig Spezialröntgenplatten. Vortragender demonstriert einen Beleuchtungskasten für die Entwickelung, sodass diese in ihrem Verlauf beobachtet werden kann; auch als Plattenschaukasten verwendbar.
27. **Grummach**-Berlin: a. über stereoskopische Untersuchung innerer Organe.
    Demonstration stereoskopischer Bilder, die mit einem Apparat angefertigt sind, durch den Patient in beliebiger Richtung gedreht und fixiert werden kann.
    b. Ueber Röntgendiagnostik bei Verbildung des Kopfes. Es ist wichtig, durch die Röntgenuntersuchung die Diagnose des Turmschädel zu sichern, um die Treparnationsindikation stellen zu können, bevor die sonst eintretende schwere Schädigung des nervus olfactorius und des nervus opticus (Erblindung) sich einstellt.
    Die Beobachtung des Redners wird in der Diskussion bestätigt.
28. **Forsell**-Stockholm: Ueber die Radiologie der endogenen Prostatakonkremente.
    Bericht über Röntgenuntersuchungen bei Prostatakonkrementen, die unter 100 Fällen 13 mal zum Nachweis derselben führten.
29. **Settegast**-Berlin: Fraktur des Calcaneus und röntgenographische Diagnose derselben.
    Demonstration von Bildern der Horizontal- und Vertikalbrüche.
30. Für **Voelker**-Heidelberg berichtet Lichtenberg über Röntgenographie des Nierenbeckens (Pyelographie) unter Einspritzung von Collargol.
31. **Levy-Dorn**-Berlin zur Teleröntgenographie. Vergleich derselben mit Orthoröntgenographie zur Abwägung der beiderseitigen Vorzüge.
32. **Heinz Bauer**-Berlin über einige konstruktive Neuerungen mit Demonstrationen.
33. **Schwarz**-Berlin: Ueber Neuerungen an Röntgenröhren etc.
34. **Grisson**-Berlin: Neues über Röntgenröhren etc.
35. **Fürstenau** über Röntgentiefenmesser, Bestimmung von Fremdkörpern durch Stereoaufnahmen mit Stereoröhren.
36. **Béla Simonyi**-Budapest: Demonstration eines kombinierten Durchleuchtungsstativs und Untersuchungstisches.

Projektionsvorträge.

37. **Schmidt**-Altona: Knochenbilder bei Osteopsathyrosis und bei Chondrodystrophie.
    In erstem Falle bleibt das Längenwachstum der Knochen normal, dieselben sind aber ungeheuer dünn und spröde, daher ist die Spontanfraktur hierbei geradezu typisch. In letzterem Falle beruht die Krankheit auf einer Dystrophie des Knorpels, das Längenwachstum bleibt zurück; besonders am Oberarm und Oberschenkel besteht starke Verkürzung und Verdickung.
38. **Friedrich**-Jena: a. Beiträge zur Röntgendiagnostik der Knochensyphilis; b. über einen schwer zu deutenden Röntgenbefund.
39. **Brauer**-Marburg zeigt in der Diskussion ein Thoraxbild mit enormen Hilusdrüsen.
40. **Wohlauer**-Charlottenburg zeigt die Struktur rachitischer Knochen in einer grossen Reihe von Bildern und macht auf die Konstanz und kräftige Entwickelung der den Knochen senkrecht zur Längsachse durchsetzenden Knochenbälkchen aufmerksam.

41. **Grödel**-Nauheim: Röntgenkinematographie der Herzpulsation.
42. **Biesalski**-Berlin: über Röntgenkinematographie. Die Technik besteht in der photographischen Aufnahme der auf dem Durchleuchtungsschirm sich darstellenden Bilder, in diesem Falle Armbewegungen.
43. **Alexander**-Berlin: Ueber einen ungiftigen Ersatz des Bismuths in der Röntgenologie. Demonstration damit erzielter Magendarmaufnahmen. Um die Gefahren der Bismuthvergiftungen zu vermeiden, wird Magneteisenstein empfohlen.
44. **Schürmayer**-Berlin: Beiträge zur Röntgenoskopie und Röntgenographie der Erkrankungen des Verdauungstraktus.

    In der Diskussion der Frage, ob bei den nach Bismuthsubnitricium-Darreichung beobachteten Vergiftungserscheinungen diese als reine Bismuth- oder als Nitritvergiftungen aufzufassen sind, neigt die Mehrzahl zur letzteren Annahme und es wird im allgemeinen festgestellt, dass das Bismuthum carbonicum als Ersatz für das Bismuthum subnitricium auch fernerhin zu empfehlen sei.
45. **Kästle**-München: führt in der Diskussion kinematographische Aufnahmen der Magenperistaltik vor.
46. **Thiemann**-Jena: Iuvenile Epiphysenstörungen. Bilder einer idiopathischen Erkrankung, besonders deutlich eine Verbreitung der Fingerphalangen, ferner am Fuss und an Radius und Ulna.

    b. Korespondierende Erkrankung des Ellenbogengelenkes bestehend in einer Vergrösserung der drei das Gelenk bildenden Knochen.

    c. Exostosis cartilaginea multiplex.
47. **Haenisch**-Hamburg: Röntgendiagnostik der Hydronephrose. Weist bei den Bildern auf einen Doppelschatten als auf ein diagnostisches Merkmal hin. In einem besonders schwierigen Fall hat Vortragender auch eine Einspritzung von Collargol zum Ziele geführt.
48. **Krause**-Jena: Zur Röntgendiagnostik, führt Bilder einer eigenartigen Erkrankung vor. Es finden sich dabei in die Weichteile eingelagerte dichte Schatten, deren Natur noch ungeklärt ist.
49. **Immelmann**: Röntgenphotographie, Projektion von Bildern bestehend aus Kombination von Röntgenogrammen und Photographie.
51. **Jaquet**-Berlin: Demonstration seltener Röntgenbefunde.
52. **Böhm**-Berlin: Primäre ossäre Veränderungen als Ursache des kongenitalen Schiefhalses. Demonstration der Assimilationsvorgänge an den einzelnen Abschnitten der Halswirbelsäule, die zum ossären Schiefhals führen können.

    In der Diskussion zeigt **Radike**-Berlin Bilder eines ossären Schiefhalses, infolge von Defekten und Spaltbildung der Halswirbelsäule.
54. **Abbot**-Berlin: Röntgenbilder aus der Zahnheilkunde.
55. **Hänisch**-Hamburg: Beitrag zur Zahnuntersuchung.
56. Für **Scheler**-Berlin zeigt Grisson Bilder zur Physiologie der Stimme und Sprache nach Momentaufnahmen des Kopfes.

    Zum Vorsitzenden für den Röntgenkongress 1910 ist **Holzknecht**-Wien gewählt.

Tagesnachrichten.

Vom 2.—8. August hält Dr. Calot in Berck s. m. einen Ferienkurs der Orthopädie ab für praktische Aerzte mit Krankenvorstellung und praktischen Uebungen. Anmeldungen zur Teilnahme (Preis 100 Franks) sind an Herrn Dr. Privat, Berck Plage zu richten.



Inhalt: Bücherbesprechung: Momburg, Der Gang des Menschen und die Fussgeschwulst.

Referate: 1) **Bernardi,** Histologische Modifikationen des Blutes bei Frakturen. — 2) **Ling Taylor,** Tagesfragen der Orthopädie. — 3) **Magnus,** Eine Familie mit 6 Fingern und 6 Zehen. — 4) **Thorndike,** Knochenregeneration. — 5) **Trappe,** Die hysterischen Kontrakturen. — 6) **Calcaterra,** Berufskrampf. — 7) **Fritsch,** Diffuses Riesenzellensarkom der Sehnenscheiden. — 8) **Dabisch,** Köhlersche Knochenerkrankung. — 9) **Haenisch,** Erkrankung kindlicher Knochen. — 10) **Peckham,** Therapie bei Gelenkrheumatismus und Arthritis deformans. — 11) **Painter,** Operativer Eingriff bei chronischer Arthritis. — 12) **Muggia,** Biersche Stauung. — 13) **Klotzer,** Osteoarthropathie hypertrophiante. — 14) **Malis,** Kutandiagnose der Tuberkulose. — 15) **Eisner** und **Brandenstein,** Lokale Tuberkulinreaktion. — 16) **Vogel,** Gelenktuberkulose. — 17, 18) **Bernabeo,** Chirurgische Tuberkulose. — 19) **Horand,** Rheumatische Erscheinungen bei Tuberkulose. — 20) **Freund,** Röntgenbehandlung tuberkulöser Osteoarthritiden. — 21) **Ryerson,** Blastomycose. — 22) **Pudor,** Kunst des Atmens. — 23) **Bayer,** Schwache Stelle bei Turnern. — 24) **Fisch,** Mechanische Herzregulation. -- 25) **Stitaj,** Thermomassageapparat. — 26) **Turner,** Stauungs- und Saughyperämie. — 27) **Bernstein,** Bandagenbehandlung. — 28) **Riely,** Chronische Unterkieferluxation. — 29) **Orlowski,** Umformung einer knorpeligen Nasendifformität. — 30) **Goldthwait,** Hängende Schulter. — 31) **Kirsch,** Habituelle Skoliose. — 32) **Schanz,** Insufficientia vertebrae und Skoliose. — 33) **Wollenberg,** Seitliche Rückgratsverkrümmungen. — 34, 35) **Bradford,** Scoliosis. — 36) **Haglund,** Isolierte Frakturen der Proc. transvers. — 37) **Della Valle,** Muskelatrophie. — 38) **Tridon,** Spondylitis. — 39) **Rieger,** Kompressionsmyelitis. — 40) **Finckh,** Spondylitische Abszesse. — 41) **Müller,** Fibrolysinbehandlung. — 42) **Röpke,** Rippenknorpelnekrose. — 43) **Jenkel,** Traumatische Heterotopie des Rückenmarkes. — 44) **Abadie,** Missbildung am rechten Arm. — 45) **Heimann,** Subkutane Muskel- und Sehnenverletzungen. — 46) **Wandel,** Nervöse Störungen bei Arteriosklerose. — 47) **Borchgrevink,** Extensionsbehandlung der oberen Extremität. — 48, 49) **Schulz, Tavernier** und **Chalier,** Traumatische Schulterluxation. — 50) **Ziegler,** Traumatische Lähmung des Nervus suprascapularis. — 51) **Bircher,** Humerus varus bei Kretinen. — 52) **Lupi,** Freimachung des Nervus radialis. — 53) **Jolion,** Seltene Fraktur im Ellenbogengelenk. — 54) **Kirmisson,** Ellenbogenfraktur bei einem Kind. — 55) **Vignard** und **Barlatier,** Blutige Reposition. — 56) **Du Pau,** Myositis ossificans. — 57) **Jottkowitz,** Habituelle Luxation des Ellenbogengelenks. — 58) **Erving,** Frakturen des Radius. — 59) **Jones,** Volkmannsche Deformität. — 60) **Meyer,** Brüche des os naviculare. — 61) **Kirmisson,** Missbildung beider Daumen. — 62) **Rhenter,** Elephantiasis des linken unteren Gliedes. — 63) **Coville,** Angeborene Missbildungen. — 64) **Cremer,** Geburtslähmung. — 65) **Bardenheuer,** Extensionsbehandlung bei Femurfrakturen. — 66) **Wettstein,** Zuppingersche automatische Extensionsapparate. — 67) **Scurati,** Doppelseitige Luxation. — 68) **Schloffer,** Luxatio femoris centralis. — 69) **Frangenheim,** Ypsilonförmige Knorpelfuge. — 70, 71) **Dreesmann, Bade,** Angeborene Hüftverrenkung. — 72) **Schanz,** Schenkelhalsbrüche. — 73) **Rugh,** Coxitis. — 74) **Gerson,** Ischiasbehandlung durch Injektionen. — 75) **Vogel,** Fraktur des Epicondylus internus femoris. — 76) **Reich,** Subkutane Ausreissung des Patellarknochens. — 77) **Jensen,** Fractura tuberositatis tibiae. — 78) **Bartsch,** Verletzung des Kniegelenks. — 79) **Hoffmann,** Bestimmung des Kniebasiswinkels. — 80) **Rugh,** Spontanheilung beim O-Bein. 81) **Seemann,** Tendovaginitis und Perimyositis. — 82) **Puyhaubert,** Angeborene Luxation. — 83) **Wiele,** Angeborener Fibuladefekt. — 84) **Hofmann,** Therapie des Hohlfusses. — 85) **Deutschländer,** Verrenkungsbrüche des Naviculare pedis. — 86) **Kunz,** Fractura ossis navicularis tarsi. — 87) **Herz,** Angeborener Klumpfuss. — 88) **Staffel,** Plattfuss- und Valguseinlagen. — 89) **Jones,** Paralytischer Hackenhohlfuss. — 90) **Laument,** Luxation des Mittelfusses. — 91) **Martin,** Zur Behandlung der Zehenkontrakturen. — 92) **Tietze,** Fersenbeinbrüche. — 93) **Becker,** Klumpfuss.

Aus Kongress- und Vereinsberichten: 94) VIII. Kongress der Deutschen Gesellschaft für orthopädische Chirurgie. Berlin, 13. April 1909. — 95) XXXVIII. Versammlung der deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu Berlin, Langenbeckhaus 14.—17. April 1909. — 96) Der V. Kongress der deutschen Röntgengesellschaft, Berlin, 18. IV. 1909.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. Dr. **O. Vulpius** in Heidelberg, Luisenstr. 1—3, oder an die Verlagsbuchhandlung **S. Karger** in Berlin NW 6, Karlstr. 15, einsenden.

Zentralblatt
für
Chirurgische und mechanische Orthopädie
einschliesslich der gesamten Heilgymnastik und Massage.

Redigiert von
Prof. Dr. O. Vulpius
in Heidelberg.

Verlag von
S. Karger in Berlin
NW., Karlstrasse 15.

Monatlich erscheint ein Heft im Umfang von 48 Seiten. Preis des Jahrgangs Mk. 15,—. Zu beziehen durch die Post und durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes.

Bd. III. Juli 1909. Heft 7.

(Akademie für praktische Medizin, orthop. chir. Abteilung in Köln.)

Metatarsus adductus congenitus.

Von
Prof. Dr. CRAMER,
dirigierender Arzt.

Sehr viele Deformitäten kommen vor angeboren und erworben. Der Metatarsus adductus ist bisher bekannt geworden hauptsächlich bei nachstehenden Abnormitäten: Bei kongenitalen Klumpfüssen, im Gefolge bestimmter Ausfallserscheinungen bei spinalen Lähmungen, bei



Fig. 1.



Fig. 2.

stark ausgeprägtem Hallux valgus, wobei die luxierten Sehnen an der Beuge- und Streckseite der Grosszehe mit dem Metatarsus I

schliesslich den ganzen Mittelfuss der Mittellinie näheren. Die Keilbeine, besonders das erste, bleiben hierbei nicht selten in fester Verbindung mit den Metatarsen, lockern sich aus der Verbindung mit dem Naviculare, rotieren sich um ihre senkrechte Achse nach innen und stellen sich ebenfalls in Adduktion. Weiter findet sich der Mittelfuss adduziert in seltenen Fällen von Frakturen des Metatarsus bei akuten und chronisch entzündlichen Prozessen im ersten Tarso-Metatarsalgelenk.

Angeboren isoliert habe ich den Metatarsus adductus nicht beschrieben gefunden. Er ist streng zu trennen vom Metatarsus varus. Bei letzterem sind die Mittelfussknochen verbogen, verkrümmt mit der Konvexität nach aussen und oben. Bei dem Metatarsus adductus sind sie nach innen abgewichen unter Beibehaltung ihrer Form, ohne ihre Gestalt irgendwie verändert zu haben.



Fig. 3.

Krankengeschichte: 9 Monate altes, stark überernährtes, im übrigen gesundes Kind aus der Poliklinik. Keine Geschwister. Es war nie krank. Die Eltern sind gesunde Menschen im kräftigsten Alter. Sie wissen nichts von Missbildungen oder angeborenen Krankheitszuständen in ihrer Familie.

Status: Beide Unterschenkel sind gleich an Gestalt und Länge. Die Fusswurzelknochen zeigen keinerlei Abnormitäten weder an Konfiguration, noch an Grösse oder Lage oder Stellung. Die Metatarsen sind in den Mittelfusswurzelgelenken stark adduziert. Sie sind gerade, nicht verbogen. An den Zehen nichts besonderes, nur dass die Zehe I durch die starke Adduktionsstellung des Metatarsus I in Varusstellung sich befindet.

In ätiologischer Hinsicht dürfte in Frage kommen: Raumbeschränkung in utero resp. Amniondruck. Die Eltern versichern mit Bestimmtheit, dass die Missbildung angeboren sei. Die Therapie war dankbar. Die Deformität liess sich leicht redressieren, überkorrigieren und im Gipsverband fixieren.

Bardenheuer und **Graessner.** Die Technik der Extensionsverbände.

Vierte, vollständig umgearbeitete Auflage. Mit 1 Tafel und 68 Textabbildungen. Stuttgart. 1909. F. Enke. Preis 7 Mark.

Der vorzügliche Leitfaden bedarf keiner erneuten Empfehlung der sich rasch ablösenden Auflagen. Sehr zu begrüssen ist es, dass die Verf. nunmehr den ausgezeichneten Heusnerschen Klebeextensionsverband für die untere Extremität eingeführt haben.

Derselbe hat vor dem Heftpflasterverband eine Reihe angenehmer Eigenschaften voraus:

Die grosse Einfachheit seiner Anlegung, welche ihn dem Arzt leicht zugänglich macht, die Billigkeit, Festigkeit etc.

Auch in anderen Kapiteln sind Umänderungen und Nachträge zu verzeichnen.

Das Buch ist auch im Ausland anerkannt, es ist ins Französische übertragen worden. **Vulpius** - Heidelberg.

Zuckerkandl. Atlas und Grundriss der chirurgischen Operationslehre.

Lehmanns Handatlanten. Bd. XVI. Mit 45 farbigen Tafeln und 356 Abbildungen im Text. München. 1909. Preis 12 Mark.

Indem das prächtige Werk nach fünfjährigem Intervall in 4. Auflage erscheint, ist es einer der meist verlegten Atlanten des Lehmannschen Verlages geworden und beweist dadurch seinen Wert und seine Würdigung, ohne lobender Kritik zu bedürfen.

Das Buch ist gründlich überarbeitet, verbessert und vervollständigt. Umgebildet ist der Abschnitt „Operationen an den Venen", ferner ist hinzugekommen: Gefässnaht, Blosslegung der Nerven an den Extremitäten, Operationen der Appendicitis, Nerventransplantation bei Fazialislähmung usw.

Ein halbes Hundert Abbildungen sind eingefügt worden.

Vulpius - Heidelberg.



A. Stoffel und **E. Stempel** (Heidelberg). Anatomische Studien über die Klumphand.

Stuttgart. 1909. F. Enke. Preis 6 Mk.

In der in grösserem Stile angelegten Arbeit sind die Ergebnisse der Untersuchung von 19 Klumphänden aus der Sammlung der Vulpiusschen Klinik (6 mit totalem, 3 mit partiellem Radiusdefekt; 6 Klumphände mit erhaltenem Radius; 1 atyp. Strahldefekt; 1 Klumphand beim Schwein und 2 Klumphände mit Ulnadefekt [totalem und partiellem]) niedergelegt. Das Studium dieser Klumphände war für die Verfasser in zwei Richtungen hin fruchtbringend: in anatomischer und ätiologischer; in anatomischer Hinsicht insofern, als die Untersuchungen eine Menge neuer, für die Klumphand charakteristischer Befunde erbrachten und als sie ergaben, dass wir, da die Veränderungen an den Muskeln, Nerven und dem Skelettsystem immer nur auf der radialen oder ulnaren Seite lokalisiert sind, vom anatomischen Standpunkte aus zwei Hauptgruppen unterscheiden müssen: die radiale und die ulnare Klumphand. Wollen wir die klinisch am meisten in die Augen springende jeweilige Lageabweichung der Handachse zur Unterarmachse in der Nomenklatur zum Ausdruck bringen, so sprechen wir von verschiedenen Typen, dem palmaren, dorsalen, radiopalmaren etc. Typus. Greift man das Allerwichtigste aus den Untersuchungen heraus, so charakterisiert sich die radiale Klumphand durch folgende Befunde: A. Muskeln: M. biceps fast immer abnorm, meist nur einköpfig. M. triceps normal. Muskeln der Radialseite des Unterarms zeigen konstant Defekte. Muskeln der Ulnarseite des Unterarms immer normal. — B. Nerven: N. musculocutaneus fehlt fast regelmässig. Ramus superficialis N. radialis fehlt fast immer. — C. Knochen: Die radialen Teile (Capitulum radii, Radius, Os naviculare, Os multangulum majus etc.) von Defekten betroffen. Die ulnaren Teile konstant normal. Die ulnare Klumphand kennzeichnet sich durch Folgendes: A. Muskeln: M. biceps immer normal. M. triceps zeigt grosse Defekte. Muskeln der Radialseite des Unterarms immer normal. Muskeln der Ulnarseite des Unterarms zeigen regelmässig Defekte. — B. Nerven: N. musculocutaneus normal. N. radialis ohne Defekte. — C. Knochen: Die radialen Teile normal, die ulnaren (Trochlea humeri, Ulna, Os pisiforme) zeigen Defekte.

Die Zusammenstellung demonstriert auch, wie genau sich die Befunde beider Klumphandarten gegenüberstehen.

In ätiologischer Beziehung werden ebenfalls mehrere neue Momente herbeigebracht. Verf. führen die Klumphand auf mecha-

nische Ursachen, auf das Einwirken eines modellierenden Traumas, zurück. Sie stützen sich dabei vor allem auf die durch ihre Untersuchungen erbrachte Tatsache, dass bei den Deformitäten und Varietäten der einzelnen Organteile Abstufungen, graduelle Unterschiede zu finden sind, die als Ausdruck des mit verschiedener Intensität und Dauer wirkenden Traumas gelten müssen.

Der ebenso fleissigen als interessanten Arbeit, die wir dem günstigen Umstand verdanken, dass ein Orthopäde zugleich durchgebildeter Anatom ist, sind 27 Textfiguren, ein ausführliches Literaturverzeichnis, 3 Tabellen und 3 prächtige und instruktive Farbentafeln beigegeben. **Vulpius** - Heidelberg.

1) **Carrel** (New York). La transplantation des membres. (Die Ueberpflanzung von Gliedmassen.)
Revue de chirurgie. 38. Bd. Heft 12. S. 673.

C. hat in zwei Fällen versucht eine Extremität eines Hundes auf einen anderen zu überpflanzen. Beim ersten Male wurde der Versuch durch eine Infektion vereitelt. Die zweite Operation, die wie auch das erste Mal in einer Vereinigung der Knochen, Gefässe, Nerven, Muskeln und Haut bestand, führte zu einer reaktionslosen Heilung. Leider starb der Hund 22 Tage nach dem Eingriff an einer Pneumonie, sodass über die Wiederkehr der Muskelfunktion noch nichts festgestellt werden konnte. Der Versuch selbst ist als gelungen zu bezeichnen, eine Uebertragung auf den Menschen ist auch nach des Verf. Ansicht nicht so leicht ausführbar. Technisch wäre die Operation bei den grösseren Verhältnissen des menschlichen Körpers eher einfacher, die Hauptschwierigkeit liegt darin, das nötige Material zur Transplantation zu erhalten, da die Uebertragung möglichst lebenswarm geschehen muss. Verf. glaubt, dass es wie bisher mit Organen und Gewebestücken, so in Zukunft auch mit ganzen Gliedmassen gelingen wird, sie in lebensfähigem Zustande längere Zeit zu konservieren, sodass sich auf diese Weise vielleicht eher Material beschaffen lässt.

Ottendorff - Hamburg-Altona.

2) **G. A. Wollenberg** (Berlin). Kasuistischer Beitrag zur sogenannten „Arthropathia psoriatica".
Berl. klin. Wochenschr. 1909. Nr. 2, p. 50.

Es sind bisher etwa 100 Fälle dieser Gelenkerkrankung bei Psoriasis veröffentlicht.

Bei dem 24jährigen Fräulein besteht seit 10 Jahren eine Psoriasis, die ab und zu auf Medikamente zurückging, aber immer



wieder auftrat. Vor 1¼ Jahren schwoll der rechte Zeigefinger unter geringen Schmerzen in allen seinen Gelenken an. Auf Massage und Jodvasogeneinreibung gingen die Erscheinungen in 2—3 Monaten zurück. — Vor 1½ Monaten erkrankten jedoch in gleicher Weise die Gelenke am r. 4. Finger, vor 3 Wochen das linke Handgelenk, vor 14 Tagen verschiedene Metakarpo- und Metatarsophalangealgelenke. Man findet an den befallenen Gelenken eine mehr oder weniger starke Auftreibung und Druckempfindlichkeit. Radiographisch findet sich Knochenatrophie an den Phalangen, um so hochgradiger, je weiter der Beginn der Affektion zurückliegt. Die Gelenkspalten sind erhalten. Es handelt sich um eine Affektion, die dem primär chronischen Typus der progredienten Polyarthritiden ähnlich ist. Eine Moorbadekur besserte die Psoriasis und die Gelenkleiden, doch erkrankten noch weitere Fingergelenke, die aber bald wieder besser wurden. Die Prognose ist trotz der Besserung ungünstig zu stellen.

Ewald-Hamburg.

3) **Ball** et **Alamartine** (Lyon). Ostéoarthropathies hypertrophiantes d'origine tuberculeuse chez l'homme et chez le chien. (Hypertrophierende Osteoarthropathien tuberkulösen Ursprungs beim Menschen und beim Hund.)

Revue de chirurgie. 38. Bd. Nr. 10. S. 472.

Die Verf. besprechen zunächst die spärliche bisher erwachsene Literatur über die Ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique beim Menschen und beim Hunde, um dann die Erscheinungen intra vitam bei einem Hunde und das Sektionsergebnis genauer zu schildern. Das Tier zeigte zu seinen Lebzeiten eine starke Abmagerung und litt an langdauerndem Husten. Bei der Sektion fand sich ausser Versteifung der Gelenke Volumvermehrung der peripheren Extremitätenpartien teils durch Verdickung der knöchernen Bestandteile, teils durch Oedem der Weichteile. Das ganze Skelett, am meisten die distalen Extremitätenabschnitte, war mit massenhaften Osteophyten und periostalen Auflagerungen bedeckt. In der Lunge fanden sich Erscheinungen von Emphysem und Bronchiectasien neben Cavernen. Es gleichen diese Veränderungen ganz denjenigen, die beim Menschen beobachtet wurden. Trotzdem mikroskopisch in der Lunge keine Riesenzellen gefunden wurden (Färbung auf Tb.-Bazillen wurde nicht vorgenommen), so glauben die Verf. doch auf Grund des makroskopischen Befundes die Diagnose auf Pulmonaltuberkulose stellen zu müssen und betrachten auch die Knochenaffektion als durch die gleiche Ursache bedingt.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

4) **A. H. Freiberg** (Cincinnati). A further report on the treatment of joint tuberculosis with Marmoreks serum.

The americ. journ. of orth. surg. 1908. Bd. VI, 1.

Die 16 Fälle von leichter und schwerer Knochen- und Gelenktuberkulose, die F. mit Marmorekschem Serum behandelte, reagierten so verschieden, dass F. nicht in der Lage ist, über den Wert oder die Nutzlosigkeit ein Urteil abzugeben. Ein gewisser Heilerfolg schien manchmal auf Rechnung des Serums zu setzen zu sein, doch versagte das Mittel andererseits sowohl bei leichten als auch bei schweren Fällen. Freiberg rät zu weiteren Versuchen.

Ewald-Hamburg.

5) **Charles Ogilvy** (New York). A contribution to the study of tuberculin in orthopedic practice.

The americ. journ. of orthop. surg. 1908. Bd. VI, 1.

Verf. hat die Calmettesche Ophthalmoreaktion an 40 Fällen von Knochen- und Gelenkerkrankungen (meist tuberkulösen) geprüft und die Reaktion in Fällen von Tuberkulose immer positiv gefunden (mit Ausnahme eines Falles von doppelter Koxitis, der nach einigen Tagen starb).

Bezüglich der Behandlung tuberkulöser Knochen- und Gelenkerkrankungen mit kleinen Tuberkulindosen (Wright) unter Kontrolle durch den opsonischen Index spricht sich Verf. folgendermassen aus:

Tuberkulin in kleinen Dosen hat in ausgewählten Fällen unzweifelhaft eine Heilkraft. Die Kontrolle durch den opsonischen Index ist unnötig, doch hat dieser bezgl. der Prognose einen Wert.

Ewald-Hamburg.

6) **J. J. Nutt** und **T. W. Hastings** (New York). Tuberkulin in orthopedic surgery.

The americ. journ. of orth. surger. 1908. Bd. VI, 1.

Im New Yorker Krüppelheim, das alle Vorteile der Sanatoriums- und Freiluftbehandlung bietet, wurden 24 Fälle von Koxitis, Spondylitis und Gonitis mit schwachen Tuberkulininjektionen behandelt, mit dem Resultat, dass die Autoren folgende Schlüsse ziehen können: Die schwachen Tuberkulininjektionen sind entschieden von Nutzen bei der Behandlung von tuberkulösen Gelenkleiden. Die Temperatur muss genau kontrolliert werden (bei Ansteigen Aussetzen der Injektionen). Die Bestimmung des opsonischen Index ist unnötig.

Das Tuberkulin heilt nicht, sondern beeinflusst nur den lokalen Prozess und den Allgemeinzustand günstig. (Tonicum.)

Ewald-Hamburg.

7) **John Ridlon und Wallace Blanchard** (Chicago). A new treatment for old tubercular sinuses.

(The americ. journ. of orthop. surg. 1908, Bd. VI, 1.

Die Wichtigkeit der neuen Methode in der Behandlung tuberkulöser Abszesse und Fisteln rechtfertigt ein eingehendes Referat.

Verf. behandelten nach dem Vorschlag von E. G. Beck (Chicago) 26 Abszesse bei Spondylitis und Koxitis mit und ohne Fisteln mit folgender Injektionsmasse:

Bismut. subn.	6
Cerae albae	1
Paraffin. liquid.	1
Vaselin	12

Erwärmen auf Körpertemperatur — Schütteln. Die Skiagramme, die nach der Injektion gemacht wurden, gaben genau Aufschluss über die Form der Abszesshöhlen. Alle 2—3 Tage wurden dieselben mit der Paste angefüllt, bis der Eiter völlig verdrängt war. Die Fisteln waren in durchschnittlich 1—3 Wochen (!!) geschlossen

Bei Abszessen mit sehr vielen Buchten und Nebenhöhlen wurden die Injektionen dreimal wöchentlich gemacht, bis der Eiter dünnflüssig abfloss; hier wurde erst nach monatelanger Behandlung die Fistel geschlossen. Bei sehr ausgedehnten Knochendestruktionen und tiefen Buchten konnte die Paste nicht überall hingelangen und konnte darum nicht allen Eiter entfernen.

Verf. stellen sich die günstige Wirkung so vor, dass die Wismutpaste 1. den Eiter herausgequetscht, 2. den Infektionserregern den Weg versperrt, 3. einen Druck auf die schlechten Granulationen ausübt und so normale Heilungsprozesse schafft.

Von 22 Patienten, die an ihrer Krankheit bereits 2—9 Jahre lang litten, wurden 9 innerhalb 7—33 Tage von ihren Fisteln befreit, 13 wurden mehr oder weniger gebessert, stehen aber noch in Behandlung.

Je 2 geschlossene Psoas- und Koxitisabszesse wurden geöffnet; nach Ablassen des Eiters wurde die ganze Höhle einmal mit der Paste angefüllt und die Inzisionsöffnung mit steriler Gaze bedeckt. Es entleerte sich einige Tage noch steriles Serum und etwa ein Viertel der Injektionsmasse, bis nach zirka 3 Wochen die Wunde definitiv geheilt war. Intoxikationen oder Sekundärinfektionen wurden nicht beobachtet.

Ewald-Hamburg.



8) **Arthur T. Legg.** The cause of atrophy in joint disease.
The americ. journ. of orth. surg. 1908, Bd. VI, 1.

L. hat im Tierexperiment den Grad der Atrophie beim Nichtgebrauch des Gelenks mit dem bei Gelenkerkrankungen verglichen. Je drei Ratten wurde ein cctm. Tuberkelbazillenemulsion in das linke Kniegelenk injiziert.

Die I. Serie liess er frei herumlaufen, der II. wurde das infizierte Kniegelenk immobilisiert, die III. Klasse wurde nicht infiziert, aber immobilisiert. Nach sechs Wochen wurden die Tiere getötet und der Quadrizepsquerschnitt (Durchschnitt von 300 Muskelfasern), der Querschnitt der Arteria femoralis und das Femur mit denen am gesunden Bein verglichen. Es fand sich, dass die Muskelarterien und Knochenatrophie am grössten am infizierten und immobilisierten Bein war; fast ebensostark beim immobilisierten nicht infizierten.

Messungen an 100 Coxitisfällen und 30 einfach kontundierten Beinen bestätigten das Ueberwiegen der Inaktivitätsatrophie. Ebenso konnte sie bei einfacher Bettruhe (schon nach 48 Stunden) nachgewiesen werden. Die Muskel- und Knochenatrophie ist — wie eine physiologische Ueberlegung zeigt — ein Resultat der verminderten Blutzufuhr im ruhenden Muskel (Vasomotoren!). Immerhin vermögen infizierte Gelenke ebenfalls eine Atrophie hervorzurufen, aber nur eine halbsogrosse; auch hier ist die Atrophie die Antwort des Vasomotorensystems auf den verminderten Gebrauch der fraglichen Muskeln.

Ewald-Hamburg.

9) **Berger** (Paris). Deformations tardives survenant dans les fractures, qui semblaient régulièrement consolidées. (Spät auftretende Verbiegungen nach anscheinend regelrechter Frakturheilung.)
La méd. des accid. du trav. Bd. 7. Nr. 1. S. 17.

In selteneren Fällen kommt es nachträglich, wenn die Knochenheilung längst abgeschlossen scheint, noch zu Verbiegungen der unteren Extremitäten, sobald der Kranke den Fuss belastet. B. empfiehlt deshalb auch noch zu der Zeit, wenn der Patient aufsteht, die Fraktur zu kontrollieren, damit man gegebenenfalls einschreiten kann. Man ist in solchem Falle gezwungen, das Glied von neuem zu fixieren eventl. durch kräftigere Ernährung (Zuckerzufuhr) oder Medikamente (Thyreoidin) die Konsolidation zu beschleunigen. Ist die Deformität schon ausgebildet, so erweist sich das Redressement eventl. auch Osteotomie als notwendig.

Ottendorff-Hamburg-Altona.



10) **Perdu** (Amiens). Les attelles de store dans le traitement des fractures. (Ueber Schienen aus Holzdrahtrouleaux zur Frakturbehandlung.)

La méd. des accid. du trav. Bd. 7. Nr. 1. S. 24.

P. empfiehlt spez. für Notverbände passend zurechtgeschnittene Stücke von Holzdrahtrouleaux zu verwenden, da diese bei grosser Anpassungsfähigkeit genügende Festigkeit besitzen.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

11) **Billon** (Marseille). Considérations sur les gangrènes dans les fractures fermées. (Ueber Gangrän bei subkutanen Frakturen.)

La méd. des accid. du trav. Bd. 7. Nr. 1. S. 19.

B. beobachtete einen Bruch des Unterschenkels, der von einer Gangrän des Beines gefolgt war und eine Amputation notwendig machte. Als Ursache fand sich ein Abszess an der Frakturstelle, ohne dass eine äussere Verletzung die Veranlassung dazu gegeben hätte. Es handelte sich anscheinend um eine hämatogene Infektion. Es kann demnach Gangrän eintreten, ohne dass ein zu enger Verband die Ursache ist, da in diesem Falle das Bein nur in einer Schiene gelagert worden war. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

12) **Wisner R. Townsend** (New York). The necessity for early orthopedic treatment in poliomyelitis.

The americ. journ. of orthop. surg. 1908. Bd. VI, 1.

Verf. hat während der letzten New-Yorker Poliomyelitisepidemie (Juli 1907 bis April 1908) über 300 Fälle untersucht, die im Krüppelhospital zur Behandlung kamen. Im Anfang der Erkrankung wurde völlige Ruhe eingehalten, bis die akuten Symptome vorüber waren. Damit glaubt Verf. mehr getan zu haben, als mit jeder medikamentösen oder physikalischen Behandlung. Ja, vielen Patienten gab er sogar einen Gipsverband, um jede Bewegung zu vermeiden. Später wurde elektrisiert (galvanischer Strom bevorzugt), noch später Massage, Salzbäder und Uebungen angewandt, und sobald die definitive Lähmung einer Muskelgruppe feststand, wurden Apparate gegeben, die die Herausbildung einer Deformität hintanhalten sollten. — Oft wurden durch genaue Untersuchung an beiden Extremitäten dieselben Muskelgruppen gelähmt gefunden, oder auch noch andere, ausser den von den Eltern bemerkten weniger in die Augen fallende Veränderungen (z. B. Pes valgus auf der einen, Schlotterfuss auf der anderen Seite). — Auch Deformierungen an sich nicht affizierter



Körperteile können zustande kommen (genu recurvatum beim Pes equinus, Skoliose bei Verkürzung). — Häufig entstehen die Verbildungen äusserst schnell, machen also eine orthopädische Frühbehandlung zur Pflicht. Jedoch eine richtige Behandlung! Gedankenloses gymnastisches Ueben kann wegen Stärkung gerade der nicht gelähmten Muskeln die Herausbildung einer Deformität befördern. 60 Mal wurden Apparate gegeben, meist schon bei Kindern in den ersten vier Lebensjahren, durchschnittlich drei Monate nach der akuten Erkrankung. Meist konnte in 1—2 Monaten erkannt werden, welche Deformität zustande kam, resp. kommen würde. — Es ist ersichtlich, dass durch eine derartige frühzeitige Behandlung eine spätere Nerven- oder Sehnenplastik viel bessere Resultate zeitigen kann.

Ewald-Hamburg.

13) **Pürkhauer** (München). Nerven- oder Sehnenplastik.

Zeitschr. f. orthop. Chir. XXI. Bd., 1.—3. H., S. 170.

P. berichtet aus der Langeschen Klinik über einen Fall von Radialislähmung durch Trauma intra partum, die zu einer Flexionskontraktur der Hand geführt hatte. Da die Extensoren nicht gelähmt blieben, sondern nur infolge Ueberdehnung funktionsunfähig waren, so wurde ein Redressement der Handkontraktur und eine Verkürzung der Strecker durch Raffnaht vorgenommen, danach Uebungen und redressierende Schiene. Der gute Erfolg ist dem Verf. ein Beweis dafür, dass in solchen Fällen das einfache Verfahren der Sehnenraffung vor der komplizierten und unsichereren Nerventransplantation den Vorzug verdiene.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

14) **Spitzy** (Graz). Die neurologische Stellung der spastischen Lähmung und ihre Behandlung mit Nervenplastik.

Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. XX. S. 571.

Die Arbeit des Neurologen Förster über Kontrakturen bei den Erkrankungen der Pyramidenbahnen wird von Sp. des Nähern gewürdigt. F. hat festgestellt, dass wenn die Hemmungsfasern der Pyramidenbahnen irgendwelche Störungen erleiden, diejenigen Muskeln am ersten der Kontraktur verfallen, deren Insertionspunkte dauernd einander genähert sind. Es liegt deshalb nahe, die Lage des Fötus in utero als prädisponierend für die Spasmen der konstant befallenen Muskeln anzusehen. Therapeutisch bestehen darum an den unteren Extremitäten die Tenotomien der kontrakten Muskeln zu Recht, die eine Verlängerung der befallenen Muskeln bewirken und



ihre Antagonisten zur Zusammenziehung kommen lassen. An den oberen Extremitäten mit ihren komplizierteren Muskelverhältnissen kommt man damit nicht aus. Sp. hat, um die gewissermassen zu starke Innervation des einen Gebietes zu verringern und die des anderen zu stärken, einen Teil des Nervus medianus, dessen Gebiet die hyperinnervierten Muskeln angehören, auf den Radialis überpflanzt, da die von diesem versorgte Muskulatur sich im Zustand der Ueberdehnung und der motorischen Schwäche befindet. In 3 von Sp. geschilderten Fällen lieferte das Verfahren günstige Resultate.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

15) **Biesalski** (Berlin). Zur Organisation der Krüppelfürsorge.

Zeitschr. f. orthop. Chir. XXI. Bd. 1.—3. H. S. 95.

B. gibt eine genaue Beschreibung der Berlin-Brandenburgischen Krüppelheilanstalt, die sowohl die Heilung der Krüppel als auch den Schulunterricht und die gewerbliche Fortbildung auf ihr Programm geschrieben hat. Gegründet ist die Anstalt von einem Verein, unterhalten wird sie vorzugsweise durch die Pflegegelder der Kommunalverwaltungen, da eine Heilung der Krüppel für diese eine Entlastung ihrer Finanzen für die Zukunft bedeutet. Neben der ärztlichen Tätigkeit ist dem Unterricht ein grosser Anteil eingeräumt. Stundenpläne und Auszüge aus den Bestimmungen für die Schwestern sind angefügt. Für Berlin hält Verf. es für richtig, das Heim in der Grossstadt zu lassen, da hierdurch der Verkehr mit den Kindern für Eltern und interessierte Personen bequemer ist. Auch können die Kinder leichter auf Zeit ihren Eltern zurückgegeben werden, wodurch die Gesamtverpflegungskosten sich verringern. Ebenso lässt sich Schule und Behandlung den Ambulanten besser zugänglich machen und es ist auch für die Insassen des Heims spezieller Unterricht eventuell eher zu beschaffen.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

16) **Bidon** (Grenoble). Arthromoteur général. (Medikomechanischer Apparat von universaler Gebrauchsfähigkeit.)

Annales de chir. et de l'orthop. Bd. 21. Heft 11. S. 333.

B. empfiehlt den von ihm angegebenen Apparat mit Elektromotor, der sich für alle Gelenke und für jede Bewegung einstellen lässt. Er glaubt, dass dieser einfache Apparat, der nicht viel Platz einnimmt und nicht so teuer ist wie viele Einzelapparate, die sonst notwendig wären, zur weiteren Verbreitung der Mechanotherapie beitragen wird.

Ottendorff-Hamburg-Altona.



17) **Brandenberg** (Winterthur). Ein Fall von Spondylolisthesis mit Missbildung des Kreuzbeins bei einem 17jährigen Jüngling.

Zeitschr. f. orthop. Chir. XXI. Bd. 1.—3. H. S. 214.

Beschreibung eines der schon beim weiblichen Geschlecht und erst recht beim männlichen seltenen Spondylolisthesis. Verf. ist mit anderen Autoren der Meinung, dass als angeboren nur eine Spondylolysis vorlag, die erst durch die einsetzende schwerere körperliche Arbeit zu einer Spondylolisthesis wurde. Die Skizzen der Röntgenbilder zeigen die Veränderungen des 5. Lendenwirbels und des Kreuzbeins. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

22) **Herz** (Auckland). Die Seltenheit von Rachitis und Scoliosis auf Neuseeland. Eine Statistik und ihre Aufschlüsse.

Zeitschr. f. orthop. Chir. XXI. Bd., 1.—3. H., S. 70.

H. hat durch Untersuchung von Schulkindern sowie nach der Statistik seiner eigenen Patienten festgestellt, dass Skoliosen dort trotz äusserst mangelhafter Schulhygiene zu den grössten Seltenheiten gehören. Ebenso kommt Rachitis nur ganz vereinzelt vor. Es differieren hiermit die europäischen Statistiken in ganz erheblichem Masse. Verf. glaubt, dass das Fehlen dieser beiden Erkrankungen auf der besseren Gesundheit und den günstigeren Lebensbedingungen des ganzen Volkes beruhe. Auch hält er für durchaus wahrscheinlich, dass die Rachitis die Vorbedingung für die Entstehung der Skoliose biete, da ohne solche Prädisposition die sonst beschuldigten Schädlichkeiten eigentlich bei jedem Menschen zur Skoliose oder anderen statischen Deformitäten (Genu valgum, Pes valgus) führen müssten. Auch letztere Missbildungen sind in Neuseeland äusserst selten. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

23) **Bosse** (Berlin). Der Kampf gegen die Skoliose.

Berl. klin. Wochenschr. 1909. Nr. 1, p. 21.

Nachdem Verf. auf statistische und ätiologische Fragen der Skoliosenbehandlung in seinem Aufsatz eingegangen ist, bestätigt er den schon von den meisten Orthopäden aufgestellten Satz, dass das wichtigste Moment im Kampf gegen die Skoliose die Prophylaxe ist. Wenn die Schule allgemein hygienischen Ansprüchen gerecht wird und eine rationelle Verteilung zwischen geistiger und körperlicher Beschäftigung einhält, so erübrigt sich die Einrichtung von kostspieligen Skoliosenschulen.



Schwere Skoliosefälle sollen in orthopäd. Anstalten untergebracht werden, die leichteren in orthopäd. Polikliniken turnen, wobei die Mütter gleichzeitig Verhaltungsmassregeln über die Ernährung der Kinder erhalten sollen, da ein grosser Teil der Skoliosen auf fehlerhafte Knochenbildung — in letzter Instanz auf unzweckmässige Ernährung — zurückzuführen ist. **Manhold**-Heidelberg.

20) **E. H. Bradford** und **R. Soutter** (Boston). Studies in the treatment of laterale curvature.

The americ. journ. of orth. surg. 1908. Bd. VI, 1.

Verf. sind der Ansicht, dass alle Momente der Skoliose in pathologischer, physiologischer, ätiologischer und therapeutischer Beziehung jetzt so bekannt seien, dass man eine allgemein anerkannte Behandlungsmethode aufstellen kann.

Die Freiübungen seien bei Knochendeformitäten des Thorax und der Wirbelsäule von geringem Wert, die Apparate können nur einer kleinen Anzahl von Patienten zur Verfügung stehen.

Da die Uebungen zwar eine fehlerhafte Haltung bessern können, andererseits aber nicht viele Stunden am Tage durchgeführt werden können, müssen noch andere Hilfsmittel verwandt werden. Verf. geben zwei einfache Eisenröhrengestelle an, deren Aufbau und verschiedentliche Benutzung (Lateralbeugung der Wirbelsäule an einer gewünschten Stelle, Rückwärtsbeugung unter Widerstand, Pendelbewegung des Unter- oder Oberkörpers, passive Korrektur in horizontaler Lage) im Original nachgelesen werden muss. Uebungen an diesen Apparaten sollen über den ganzen Tag verteilt werden.

Die Anlegung von Gipskorsetts geschieht in der üblichen Weise in Suspension und unter Korrektur mit Bindenzügeln. Um den Verband leichter zu machen, kann er an allen Stellen, wo er nicht fixieren oder einen Druck ausüben soll, ausgeschnitten werden. — Da aber die Muskelschwäche in den Dauergipsverbänden sehr beträchtliche Grade annehmen kann, so benutzen Verfasser Stahlstreifen, die sie zweckmässig der konkaven Körperhälfte anlegen, ev. noch mit einem Lederhalbkorsett verstärken und so mit einander verbinden, dass sie am Halse, am Becken und der Vorderseite des Thorax einen Halt finden. Von diesen Stahlstreifen lässt er redressierende Bänder oder Lederstreifen zur konvexen Seite gehen und auf den Rippenbuckel drücken.

Für die Nacht wird dasselbe Korsett gegeben. Verf. glauben damit einen maximalen Druck bei geringster Unbequemlichkeit und minimalster Schädigung der Muskeln ausüben zu können.



Bezüglich der gymnastischen Uebungen bemerken Verf., dass nur eine bestimmte Muskelgruppe gestärkt werden soll. Daher werden für den Anfang Uebungen in Horizontallage empfohlen, für später Uebungen in aufrechter Stellung. — Auf die Wichtigkeit der Zusammenarbeit von Schule und Arzt wird zum Schluss hingewiesen. — Leider erfahren wir nichts über die Resultate der Behandlung. **Ewald**-Hamburg.

21) **Terrien.** Du traitement précoce des déformations scoliotiques. (Ueber frühzeitige Behandlung skoliotischer Verbiegungen.)

Annales de chir. et d'orthop. Bd. XXI. Nr. 9. S. 265.

T. plaidiert dafür, die Skoliose möglichst zeitig zu behandeln, da die Deformation der Wirbelsäule immer Neigung zur Verschlimmerung zeige und ohne entsprechende Behandlung zur Verkrüppelung führen müsse. Als Ursache der Verbiegung nimmt T. andauerndes Ruhigsitzen in aufrechter Stellung an, das zu einer Erschlaffung der Muskeln und Bänder und weiterhin zu einer Deformation der Knochen führen müsse. Therapeutisch kommt es mehr darauf an, dem Körper resp. den Muskeln die Normalhaltung wieder anzuerziehen als die Wirbelsäule zu redressieren. Als Mittel dazu empfehlen sich: Suspension in Seitenlage, Gipsbett für die Nacht und einen Teil des Tages, Gymnastik und Atemübungen, später ein orthopädisches Korsett. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

22) **Härtel** (Berlin). Wie kontrollieren wir die Resultate unserer Skoliosenbehandlung.

Zeitschr. f. orthop. Chir. XXI. Bd. 1.—3. H. S. 283.

H. bespricht das von Klapp bei Behandlung der Skoliose geübte Regime. Ausser reichlicher Ernährung, genügenden Ruhepausen und Dispens vom Schulbesuch wird die Klappsche Kriechmethode in Anwendung gebracht. Zur Kontrolle des Allgemeinbefindens finden jeden Monat regelmässige Wägungen statt, deren Resultate in Form einer Kurve aufgezeichnet werden. Weiterhin wird die Gesamtkörperlänge in derselben Weise registriert. Bei der Betrachtung der Längendifferenz des Körpers vor und nach dem Turnen kommt Verf. nach Parallelversuchen zu der Ansicht, dass die grösste Zunahme sowohl in Bezug auf schlaffe wie auf straffe Haltung durch das Kriechen bewirkt werde, während andere Uebungen eher eine Abnahme der Gesamtlänge herbeiführen. Als weiteres Kontrollmittel wendet H. die Stereoskopphotographie an



und zwar sowohl in lässiger wie in bester Haltung. An fünf Fällen wird dann das oben geschilderte Verfahren beispielsweise gezeigt. Die Behandlungszeiten erstrecken sich über 6—8 Monate bei täglich einstündigem Turnen. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

23) **Ewald** (Hamburg-Altona). Isolierte Neuritis des Nervus suprascapularis nach Trauma.

Med. Klinik 1909. Nr. 2, p. 56.

Verf. hatte Gelegenheit einen der seltenen Fälle von isolierter Neuritis des N. suprascapularis zu behandeln.

Es handelte sich um einen 59jährigen Patienten, der mit im Schultergelenk abduziertem Arm auf den Ellenbogen gefallen war. Es fand eine Subluxation und Knochenabsprengung an der Klavikula statt.

3 Wochen nach dem Unfall trat eine Lähmung der Mm. Infra- und Supraspinatus und Neuritis im Gebiet des N. suprascapularis auf.

Die direkte traumatische Schädigung ist durch den Verlauf des N. suprascapularis auf dem M. Scalenus medius zu erklären. Beim Unfall wurde die Klavikula direkt auf die erste Rippe und den M. Scalenus medius aufgepresst.

Die Behandlung bestand in Massage und Elektrisieren. Aussicht auf Heilung ist nur sehr gering vorhanden auch nach allen in der Literatur zusammengestellten ähnlichen Fällen.

Eine funktionelle Besserung kann nur auftreten dadurch, dass der Deltoides und Trapezius mehr und mehr die Funktionen der geschädigten Muskeln übernehmen. **Manhold**-Heidelberg.

24) **Levy** (Breslau). Ueber Madelungsche Handgelenksdeformität.

Berl. klin. Wochenschr. 1908. Nr. 50, pag. 2213.

Verf. beobachtete einen Fall von Madelungscher Handgelenksdeformität als zufälligen Befund bei einer 38jährigen Patientin, die wegen eines anderen Leidens die chirurg. Klinik aufsuchte.

Man versteht unter Madelungscher Handgelenksdeformität eine spontan auftretende Verkrümmung der Handwurzel nach unten, dorsales Vorspringen des distalen Ulnaendes und volare Verkrümmung des vorderen Radiusendes.

Ueber die Aetiologie der Affektion sind noch die Meinungen verschieden.

Als angeborene Anomalie wurde diese Deformität nie beobachtet.



Madelung sah die Deformität nie vor dem 13. Jahre auftreten, 6 andere Autoren (darunter Verf.) vorher.

Pels-Leusden will die Entstehung dieser Deformität mit Exostosis cartilaginea multiplex in Zusammenhang bringen — primäre Erkrankung des Zwischenknorpels, frühzeitige Verknöcherung in der Epiphysenlinie — diese tritt aber nur kongenital auf.

Rachitis ist als Aetiologie am wahrscheinlichsten als Früh- und Spätrachitis.

Die bei der Madelungschen Deformität auftretenden Exostosen am Radius an typischer Stelle — an der distalen Radiusmetaphyse an der ulnaren Seite — sind als Belastungsdeformitäten aufzufassen, entstanden durch Zerrung der hier ansetzenden Gelenkkapsel des distalen Ulnoradialgelenks. **Manhold**-Heidelberg.

25) **Félix Marsan** (Paris). La maladie de Madelung. (Radius curvus.)

Gazette des hôpitaux. 1908. Nr. 140.

Zusammenfassende Literaturübersicht, wonach M. zu dem Resultat gelangt, dass nur durch eine Inkurvation des Radius nach vorn und ulnarwärts eine echte Madelungsche Erkrankung, die weit richtiger nach einem Franzosen (Dupuytren, Malgaigne) benannt werden müsste, zustande kommen kann. Die einzig richtige Bezeichnung sei: radius curvus, da sich daraus alle anderen Symptome erklären lassen. Die Verbiegung hat ihre Ursache in einer Veränderung der Epiphysenlinie (Röntgenbild). Bei der Fülle der Theorien über die Entstehung der Deformität kommt M. zu dem Schluss, dass die Aetiologie keine einheitliche ist, dass die Missbildung aber immer von einer Läsion der Epiphysenlinie abhängt. Bezgl. der Behandlung meint M., dass logischerweise nur die Osteotomie — eventuell keilförmige — des Radius zur Beseitigung der Kurvatur in Frage kommen könne.

Ewald-Hamburg.

26) **S. Kofmann** (Odessa). Kasuistischer Beitrag zur Frage der Fingerfrakturbehandlung.

Arch. f. Orthop., Mechanother. und Unfallchirurgie. 1908. Bd. VI, 4, p. 326.

Ein Mechaniker erlitt neben Weichteilverletzungen eine Fraktur der Grundphalange des Zeige- und Mittelfingers, die beide in einem dorsalwärts offenen Winkel disloziert waren. Zur Heilung in korrigierter Stellung wurden die Finger über einen in der Vola liegenden Wattebausch in flektierter Haltung fixiert. Nach 10 Tagen Verbandabnahme; nach weiteren 3 Wochen Massage und Gymnastik war der Mann wieder arbeitsfähig. **Ewald**-Hamburg.



27) **V. P. Gibney** (New-York). The influence of weight-bearing on the treatment of tuberculous hip-joint disease.

The americ. journ. of orth. surg. 1908, Bd. VI, 1.

G. hat in den letzten Jahren das Hauptgewicht der Behandlung tuberkulöser Gelenkerkrankungen auf die Immobilisation des Gelenks gelegt. Nach einer mehrmonatigen Extensionsbehandlung bekamen die Patienten mit Koxitis einen Gipsverband, mit dem sie umherlaufen konnten, ohne dass das Gelenk entlastet wird (Lorenz). Wie die acht mitgeteilten Krankengeschichten zeigen, gelangten die tuberkulösen Knochenherde unter und trotz der ambulatorischen Behandlung ohne starke Verkürzung und mit teilweiser Erhaltung der Beweglichkeit zur Ausheilung. Die Verbände wurden über Monate und Jahre beibehalten. **Ewald**-Hamburg.

28) **Flesch** (Wien). Zur Behandlung der Ischialgie mit Langescher Kochsalzinjektion.

Med. Klinik 1909. Nr. 1, p. 15.

Verf. findet die Fälle von Ischias geeignet für Behandlung mit Kochsalzinjektion, bei denen auf der erkrankten Seite der Achillessehnenreflex erloschen ist. Er teilt 8 Krankengeschichten aus seiner Praxis mit.

Die Injektion hat keine rein mechanische Wirkung im Sinne der Lösung perineuritischer Adhäsionen, sondern eine chemische und Resorptionswirkung. **Manhold**-Heidelberg.

29) **Kofmann** (Odessa). Ueber den natürlichen und künstlichen Ersatz des Extensor curis. Beitrag zur Frage der Indikation der Sehnenplastik bei Quadrizepslähmung.

Zeitschr. f. orthop. Chirurgie. XXI. Bd. 1.—3. H. S. 89.

Verf. benutzt bei Quadrizepslähmung mit Vorliebe den Tractus ileotibialis und den Musculus sartorius zur Ueberpflanzung, da diese sich in ihrem normalen Verlauf bereits als Hülfstrecker des Kniegelenks betätigen. Beim Sartorius bedarf es zur vollen Extensionswirkung nur einer geringen Verlagerung des peripheren Endes nach der Streckseite. Sind obige Muskeln nicht zur Verfügung, so kann man die Beuger zur Ueberpflanzung heranziehen. Ist das Material nicht genügend, so bleibt nur die Versteifung des Kniegelenks übrig. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.



Kongressberichte, Vereinsnachrichten etc.

30) **Hagen.** Aerztlicher Lokalverein Augsburg. 24. Nov. 1908.
Münch. med. Wochenschr. 1908. 52. p. 2711.

Vorstellung einer 17 jährigen Patientin mit angeborenem weichem Riesenwuchs der linken Körperhälfte, (mit Ausnahme von Hals und Kopf) und der rechten Hand. Am linken Bein hatte sich im Anschluss an die angeborene Deformität eine echte Elephantiasis entwickelt. Die Behandlung mit Röntgenstrahlen hatte auf letztere einen sehr günstigen Einfluss. Ewald-Hamburg.

31) **Lexer.** Verein f. wissenschaftl. Heilkunde zu Königsberg i. Pr. 8. Febr. 1909.
Berliner klin. Wochenschr. 1909, 8, p. 373.

Zwei Fälle von Elephantiasis. Operation nach Handley.

Bei den beiden Patienten hat nach Versenkung von 12 Seidenfäden (kapilläre Drainage!) der Beinumfang ganz erheblich abgenommen. Bei einem erst vor 9 Tagen Operierten ist der Wadenumfang um 31 cm geringer geworden. Ewald-Hamburg.

32) **Lehnerdt.** Verein der Aerzte in Halle a. S. 6. Jan. 1909.
Münch. med. Woch. 1909. Nr. 13. p. 679.

Ueber den Einfluss des Strontium auf die intrauterine Entwicklung des Knochensystems.

Wenn tragenden Kaninchen während des grössten Teils ihrer Gravidität das dem Calcium am nächsten stehende Strontium zugeführt wird, so zeigen die Jungen eine schwere Veränderung ihres Knochensystems, das mit Rachitis eine gewisse Aehnlichkeit hat (makroskopische und mikroskopische Präparate).

Stöltzner bemerkte in der Diskussion, dass diese schwere Veränderung nur bei grossen Strontiumdosen zustande komme. Kleine Dosen führen im Gegenteil zu einer sehr festen Sklerose der Knochen (ähnlich dem Phosphor). Kleine Strontiumdosen könnten also therapeutisch mit Erfolg angewandt werden.

Ewald - Hamburg.

33) **Röpke.** Naturwissensch.-med. Gesellschaft zu Jena. 4. II. 1909.
Münch. med. Wochenschr. 1909. Nr. 16, p. 833.

Die eigentlichen Zysten der langen Röhrenknochen.

1. Bei einer älteren Frau wurde seit einem halben Jahre eine Auftreibung am unteren Tibiaende bemerkt. Bei der Operation



fand sich die knöcherne Wand an der Innenseite der Tibia papierdünn, sie war mit einer Membran ausgekleidet und durch bindegewebige Septen und knöcherne Vorsprünge mehrkammerig. Der Inhalt bestand aus seröser steriler Flüssigkeit mit Flocken, ohne Knorpel. Die Membran enthielt den Staphylococcus albus: die Zyste ist also durch subakute Osteomyelitis entstanden.

2. Bei einem 15 jährigen Mädchen brach das obere Ende des rechten Femur wegen einer hühnereigrossen Zyste. Die Zyste hatte eine — auch Riesenzellen führende — lockere Membran. Ihr Inhalt war blutig serös. Es wurde die vordere und äussere Wand entfernt. Jetzt ist die Höhle durch Knochen ausgefüllt. R. meint, dass diese Zyste auf dem Boden einer Ostitis fibrosa entstanden ist.

Ewald-Hamburg.

34) **P. Teissier** und **R. Bénard.** Société médicale des hôpitaux. 5. März 1909.

Gaz. des hopitaux. 1909, 28, p. 337.

Demonstration eines Falles von Exostose, die in einer Familie erblich ist. Wie das Röntgenbild zeigt, geht die Exostose von einer Stelle der Femurepiphyse dicht oberhalb der unteren Epiphysenlinie aus. Ausser dem Vater zeigen zwei Kinder, die von zwei verschiedenen Müttern stammen, die Affektion.

Ewald-Hamburg.

35) **Port.** Aerztlicher Verein in Nürnberg. 6. Aug. 1908.

Münch. med. Wochenschr. 1909, 1, p. 48.

P. demonstriert die Röntgenbilder von Periostitis luetica am Schlüsselbein, Spina scapulae, Humerus, Ulna, Radius der linken Seite eines hereditär-luetischen 15 jährigen Kindes, das sonst keine Zeichen von Lues aufwies. Jodkali brachte vollkommene Heilung.

Ewald-Hamburg.

36) **Hartung.** Schlesische Gesellschaft für vaterländische Kultur in Breslau. 22. I. 1909.

(Berl. Klin. Woch. 1909. 6. 278.)

Vortr. stellt 5 Patienten mit Gelenklues (2 hereditär) vor die alle auf Hg. injektionen Besserung zeigten. — Bis in die 80er Jahre wurde das Vorkommen einer Gelenklues überhaupt geleugnet, dann erkannte man, dass die Gelenke — meist symmetrisch oder einzeln — im Verlauf des sekundären Stadiums miterkranken können.



Diskussion: Levy demonstriert Röntgenbilder von einem Fall multipler Gelenklues, die bald nach der normalen Geburt sich durch Gelenkschwellungen dokumentierte. L. meint, dass die sog. milden Formen von tabischen Arthropathien, bei denen es nur zum Erguss kommt, sehr wohl syphilitische Gelenkerkrankungen sein können, wenn auch anatomische Grundlagen für diese Annahme noch nicht vorliegen.

Förster hält dies auch für möglich: er hat gerade bei Arthropathien, wo nur ein Erguss vorlag, in früheren Stadien der Tabes häufiger auf antisyphilitische Behandlung auffallende Besserung konstatieren können, während die progressiven Arthropathien jeder Therapie trotzten. **Ewald**-Hamburg.

37) **v. Starck.** Medizinische Gesellschaft in Kiel. 16. I. 1909.
Münch. med. Wochenschr. 1909. Nr. 20, p. 1051.

Ein 7monatiges, zweckmässig genährtes Kind, bekam eine hämorrhagische Schwellung des Zahnfleisches, war ausserordentlich empfindlich bei allen Bewegungen; geringe teigige Schwellung im Bereich des unteren Drittels der Tibia (im Röntgenbild Periostabhebung zu sehen!). Hämaturie. Diagnose: Barlowsche Krankheit. Ther.: rohe Vollmilch. **Ewald**-Hamburg.

38) **Lommel.** Naturwissensch.-med. Gesellschaft zu Jena. 25. II. 09.
Münch. med. Wochenschr. 1909. Nr. 20, p. 1050.

L. hat eine Reihe von Fällen infantilen Skorbuts (Müller-Barlowsche Krankheit) beobachtet. Die Diagnose wird so selten gestellt, weil häufig die charakteristischen schmerzhaften Schwellungen längs der Diaphysen namentlich der Ober- und Unterschenkel fehlen. Auf die grosse Blässe und Neigung zu Schleimhautblutungen ist zu achten. (Nasen-, Mundblutungen, auch Hämaturie!) Verwechselt wird das Leiden namentlich mit Rachitis und Osteomyelitis. Bei Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen wird eine Schattenlinie sichtbar, die der jüngsten Diaphysenzone der langen Röhrenknochen entspricht (hier die schweren Störungen der Knochenbildung). Anatomisch kann L. nichts bringen, da alle seine Fälle heilten. Er verweist auf Eugen Fränkels Arbeit in den Fortsch. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen. Die Richtigkeit der Diagnose ergibt sich aus dem Erfolg der antiskorbutischen Diät (frischer Fleischsaft, Gemüse, Fruchtsaft, ungekochte Milch — letztere scheint L. allein auszureichen). **Ewald**-Hamburg.



39) **De Gaetano** (Neapel). Processo di riparazione delle fratture.

R. Accad. medico-chirurgica di Napoli. 23. novembre 1908.

De Gaetano hat experimentell verschiedene Frakturen bei Tieren erzeugt und studiert, ob der grösste Beitrag zur Bildung des Kallus von dem Periost, Endost, oder von dem eigentlichen Knochen geliefert würde. Er hat so sehen können, dass es das Periost ist, welches den grössten Anteil an der Kallusbildung hat.

Buccheri-Palermo.

40) **Lenzmann** (Duisburg). Rheinisch-westfälische Gesellschaft für innere Medizin und Nervenheilkunde. Duisburg, 29. XI. 1908.

(Münch. med. Woch. 1909. 14. p. 736.)

Ueber die Anwendung der Tuberkuline und verwandter Mittel bei chirurgischer Tuberkulose.

L. betont, dass sämtliche bisher gefundenen Tuberkuline und Sera nicht immunisieren, sondern nur die Kampfkräfte des Organismus gegen den Tuberkelbazillus stützen oder wecken. Vom Marmorekserum sind einzelne günstige Einwirkungen auf schlecht granulierende Fisteln, auch auf konservativ behandelte Spondylitis, Fusswurzeltuberkulose usw. beobachtet worden; doch müssen weitere Untersuchungen abgewartet werden. — Die Kochschen Tuberkuline sind bisher bei chirurgischen Tuberkulosen nur wenig angewandt worden. Es wäre gut, wenn Versuche gemacht würden bei Synovialtuberkulosen (neben der Punktion). Ist aber der Krankheitsherd lokalisiert, so soll man ihn lieber entfernen. Was das Alttuberkulin anlangt, so steckt in ihm ein Heilprinzip: lokale Entzündung um den Tuberkelherd, von deren Ablauf (bindegewebige Induration oder Verflüssigung) der Erfolg der Kur abhängt. Bei schlecht granulierenden Fisteln hat L. die schönsten Erfolge gesehen. Voraussetzung ist, dass keine innere Tuberkulose daneben besteht. Geschlossene Tuberkulosen eignen sich weniger für das Alttuberkulin.

Ewald-Hamburg.

41) **Ludloff.** Breslauer chirurgische Gesellschaft. 11. Jan. 1909.

(Berl. klin. Wochenschr. 1909. 6. p. 275.)

Zur operativen Behandlung der Gelenktuberkulose.

L. stellt folgende Thesen auf:

I. Das tuberkulös erkrankte Gelenk ist öfter der einzige tuberkulöse Herd im Körper (nach König in 21%).

II. Die Behandlung hat zu allererst den Krankheitsherd zu



eliminieren, dann erst ist an die Erhaltung der Funktion zu denken, denn an

granulierender Tuberkulose gingen in 18 Jahren 25% zu Grunde
und an eitriger „ „ „ 18 „ 46% zu Grunde.

III. Jede Operation muss radikal sein oder unterlassen werden. Nicht gründlich operierte Fälle verhalten sich schlechter als gar nicht operierte.

Amputation und Exartikulation sind nur ultimum refugium.

IV. Knochenherde müssen operativ, leichte, rein synoviale Formen müssen erst konservativ, gemischte Formen müssen sofort operativ behandelt werden.

V. Die Resektion am Knie-, Fuss- und Ellenbogengelenk ist ein verhältnismässig leichter und funktionell befriedigender Eingriff, die Resektion der Hüfte ein schwerer und funktionell unbefriedigender Eingriff.

VI. Weder das kindliche noch das Greisenalter geben an sich Kontraindikationen gegen die Resektion.

In der Diskussion stellt sich Küttner bezg. des radikalen Vorgehens auf den Standpunkt Ludloffs. Doch hat er jenseits des 50. Lebensjahres mit der Resektion schlechte Erfahrungen gemacht, weshalb er hier konservativ behandelt, oder wenn Knochenherde im Röntgenbilde nachweisbar sind, amputiert. Die Jodoforminjektionen haben ihm bei der konservativen Behandlung gute Resultate ergeben. Die Koxitis behandelt K. durchweg konservativ (Gipsverband in der pathologischen Stellung, später eventuell Osteotomie). Die Erfolge der Hüftresektion sind nach K.'s Erfahrungen geradezu traurige. Dagegen ergibt beim Kniegelenk (ausser beim Hydrops tuberkulosus, der auf konservativem Wege zur Ausheilung gelangen kann) die Resektion unter Opferung der Patella die besseren Resultate. Bei Tuberkulose des Fussgelenks macht K. fast nur die Resectio tibio-calcanea (v. Bruns). Die Ellenbogen- und Handgelenkstuberkulose heilt oft bei konservativer Behandlung aus; häufig lassen sich auch isolierte Knochenherde beseitigen.

Partsch will sich nicht so unbedingt auf den einseitigen operativen Standpunkt stellen; die konservative Behandlung soll in den meisten Fällen wenigstens versucht werden. Die einzelnen Tuberkulosen, sowie die Tuberkulosen bei den einzelnen Individuen seien verschieden zu beurteilen.

Drehmann meint, dass bei Kindern die Gelenktuberkulose in den seltensten Fällen der einzige Herd im Körper sei. Hier soll die Behandlung möglichst konservativ sein. Bei Erwachsenen führt



die Resektion (namentlich am Knie) am schnellsten zum Ziele. Die Entlastung soll nicht zu lange durchgeführt werden, da die Knochenatrophie die Tuberkulose begünstigt. Am einfachsten ist der Gipsverband zur Fixation der Gelenke, am idealsten der Hessingsche Apparat.

Goebel will die zu operierenden Fälle mit Jodoformglyzerininjektionen vorbereiten, da die Heilung dann eine bessere sei. Gute Erfahrung hat er mit der konservativen Methode ohne Entlastung (Lorenz) gemacht. Schliesslich betont G. die Gutartigkeit der Alterstuberkulosen, die oft eine konservative Therapie gestatten.

Tietze stimmt mit L. darin überein, die Gelenktuberkulose je nach dem Gelenk unterschiedlich zu behandeln. Mikulicz habe schliesslich fast nur durch das Kniegelenk reseziert, da hier die Funktion günstig war. Es soll doch bei jeder Behandlung auch die spätere Funktion sofort berücksichtigt werden. — Die Operation soll vorgenommen werden, wenn der Herd radikal entfernt werden kann, und wenn die Operation bezg. Heilung und Funktion die besten Chancen liefert. Auch das soziale Moment ist bei der Wahl der Behandlung zu berücksichtigen: Arme Patienten sollen möglichst schnell und sicher, d. h. operativ wiederhergestellt werden; dasselbe gilt von alten Leuten, die nicht mehr viel Zeit haben, lange krank zu sein (Amputation der Resektion vorzuziehen). Die Behandlung der Gelenktuberkulose im kindlichen Alter soll — entgegen der Forderung Ts. möglichst konservativ sein: ausser den Kontrakturen nach Arthrektomien und Resektionen sind doch Wachstumsverkürzungen zu befürchten, die beide bei der konservativen Methode mit Jodoformglyzerininjektion zu den Ausnahmen gehören, häufig hat T. an Hand, Fuss und Knie tadellose Funktionen gesehen. Wenn König und mit ihm L. von der Jodoformbehandlung nichts halten, so hat nach Ts. Meinung ersterer diese selten lange genug durchgeführt. Selbst bei Käseherden im Knochen kann die Heilung auf konservativem Wege erreicht werden. Die Dauer der Behandlung ist aber mindestens ein Jahr. Das konservative Verfahren soll die Regel, das operative die Ausnahme bilden. Demonstration von konservativ geheilten Fällen.

Ludloff (Schlusswort) ist der Meinung, dass derartige günstige Heilungen, wie Tietze sie vorgestellt, unter vielen Hunderten von Fällen nur ein paar Mal vorkommen. Es bleibt auch immer der Verdacht bestehen, ob es überhaupt Tuberkulosen waren. L. hat noch keinen Fall von ausgesprochener Tuberkulose gesehen, der mit vollkommen frei beweglichem Gelenk ausgeheilt ist. Er war

zuerst auch für die konservative Behandlung, müsse sie jetzt aber einschränken, nachdem er durch Nachprüfung erfahren, wie viele von den so Behandelten schon gestorben sind. — Von der Jodoforminjektion hat L. an der Hüfte, dem Knie- und dem Fussgelenk den Eindruck einer direkten Schädigung und lässt ihre Anwendung nur bei Ellenbogen- und Handgelenk gelten. Bei Koxitis sei der entlastende Gipsverband das beste Verfahren. Dagegen ist dieser am Knie unbefriedigend, da er das Knie in Kontraktur später doch versteifen lässt, ohne dass der tuberkulöse Herd entfernt ist. Das resezierte, schmerzlose, in Streckstellung versteifte Bein macht keine grosse Behinderung. Die konservative Behandlung bedingt häufig einen grösseren operativen späteren Eingriff. — Bei der multiplen Knochentuberkulose dagegen hat L. nicht viel Gutes von der chirurgischen Behandlung gesehen. Bei der Koxitis will er von dem entlastenden Gipsverband mit Gehbügel nicht abgehen; den Hessingschen Apparat wendet er erst an, wenn jede Schmerzhaftigkeit verschwunden ist, d. h. nachdem das Kind Jahr und Tag im Gipsverband umhergegangen ist. L. präzisiert seinen Standpunkt: „Hüft- und Handgelenk konservativ, Knie- und Fussgelenk operativ zu behandeln. Konservativ muss ausserdem die Wirbelsäule behandelt werden, während beim Ellenbogengelenk beide Methoden fast dieselben Resultate zu zeitigen scheinen.“ Die Jodoformglyzerininjektion ist nur an den oberen Extremitäten anzuwenden, also da, wo keine Belastung vorhanden ist. Ewald - Hamburg.

42) **His.** Verein für innere Medizin in Berlin. 1. Februar 1909.

Mediz. Klinik. 1909. Nr. 8, p. 306.
Deutsche med. Woch. 1909. Nr. 10, p. 460.

Gicht und Rheumatismus.

Das Wesen der Gicht erschöpft sich nicht mit der Anomalie des Purinstoffwechsels: Myalgien, Ischias und andere Neuralgien können nicht unmittelbar auf die Anwesenheit der Harnsäure im Blute zurückgeführt werden. — Bei 92 Personen, die seziert wurden, auch wenn sie nicht arthritisch erkrankt waren, zeigten 62 eine Auffaserung des Knorpels an den Ellenbogengelenken, sogar schon im jugendlichen Alter. Die Schädigungen führt Vortragender auf Ernährungsstörungen des Knorpels zurück. — H. geht dann auf die von Potain empfohlene Röntgendiagnostik der Gicht ein: Gichtiker sollen an den befallenen Gelenken helle Lakunen (angeblich durch Harnsäure bedingt) aufweisen. H. zeigt an Präparaten, dass die hellen Stellen Bindegewebe entsprechen, in denen allerdings



früher einmal Urate gesessen haben. Im übrigen können auch bei anderen Arthritiden solche Lakunen im Röntgenbild sichtbar werden (Schwund der Spongiosa). Von den Schlusssätzen interessieren den Orthopäden folgende:

Die Gicht gehört zur arthritischen Diathese. Die anderen, nicht gichtischen Arthritiden zeigen keine Störung des Purinstoffwechsels (Differentialdiagnose!).

Therapie: Laktovegetabilische Diät nur bei echter Gicht, nicht bei anderen chronischen Arthritiden (Gefahr der Unterernährung).

In der Diskussion bemerkt Immelmann, dass er häufig röntgenographisch gichtische Konkremente in Gelenken nachweisen konnte, wenn die ersteren aus harnsaurem Kalk bestanden. Bestanden sie aus harnsaurem Natron, so fand er Lakunen in den Knochen (Demonstration). Bezüglich der Differentialdiagnose werden Bilder mit einfacher Knochenatrophie (bei akutem Gelenkrheumatismus), hochgradiger Knochenatrophie (chron. Gelenkrheumatismus), und verwischten Gelenkkonturen (Tuberkulose) gezeigt. Ferner werden Bilder von Arthritis deformans demonstriert, die man schon im Beginn an den Knochenveränderungen erkennen kann (kleine Osteophyten, meist an gegenüberliegenden Stellen, schalenförmige Auflagerungen, Umbiegungen der freien Gelenkenden). Die Diagnose der verschiedenen Arthritiden kann demnach durch Röntgenaufnahmen gestützt werden. Ewald-Hamburg.

43) **Poncet.** Société médicale des hôpitaux. 12. März 1909.

Gazette des hôpitaux. 1909, 31, p. 375.

Rhumatisme tuberculeux.

Ein junges Mädchen litt an multiplen rheumatischen Arthropathien, zu denen sich eine typische tuberkulöse Arthritis genu gesellte. Der Allgemeinzustand wurde trotz Resektion dieses Kniegelenks immer schlimmer, und schliesslich starb die Patientin an tuberkulöser Kachexie. Daher musste die Diagnose lauten: „rhumatisme articulaire tuberculeux“. Ewald-Hamburg.

44) **Léopold-Levi** und **H. de Rothschild.** Société médicale des hôpitaux (Paris). 12. März 1909.

Gaz. des hôpitaux. 1909, 31, p. 375.

Rheumatisme chronique thyroïdien chez les tuberculeux.

Der chronische Rheumatismus, wozu Vortr. auch die Retraktion der Palmaraponeurose rechnen, lässt sich manchmal auf

eine Störung der Schilddrüsenfunktion zurückführen. Die Wirkung dieser Störung hat man sich so vorzustellen, dass sie das Erscheinen eines chronischen, tuberkulösen Rheumatismus begünstigt.

Ewald-Hamburg.

45) **Ehrlich.** Medizinischer Verein in Greifswald. 18. Juli 1908.
Deutsche med. Woch. 1909. Nr. 3, p. 130.

Multiple Gelenkankylosen. Die Ankylosen waren nach Gelenkrheumatismus aufgetreten. Um das fast völlig ankylotische rechte Hüftgelenk wieder zu mobilisieren, wurde das Gelenk von vorn freigelegt, geschrumpfte Kapselteile wurden exstirpiert, Verwachsungen zwischen Knochen und Knorpel gelöst und abgetragen. Sodann wurde von der Tibia des entsprechenden Beins ein Periostlappen genommen und ins Hüftgelenk transplantiert. Primäre Heilung, nach 14 Tagen Massage, Extension, Bewegungen. Nach 1½ Monaten Rotationsbewegung sehr gut, Extension aktiv 145°, passiv 160°, Flexion 90°. Kind kann auch gut stehen. Payr, der diese Operation ausführte, hatte schon in sieben Fällen mit Periosttransplantationen in versteifte Gelenke — u. a. in 2 Sprunggelenke — mit Ausnahme eines Falles gute Resultate erzielt. Man kann auch Perichondrium mit oder ohne Knorpel transplantieren. Von allen Geweben, die zur Transplantation verwendet wurden, scheinen sich Muskel- und Periostlappen am besten zu bewähren.

Ewald - Hamburg.

46) **Ludloff.** Mediz. Sektion der schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur zu Breslau. 5. II. 09.
Berliner klin. Wochenschr. 1909, 8, p. 373.

Demonstration eines Falles von posttraumatischer Myositis ossificans am Ellenbogen. L. führt die vielen Fälle von Myositis ossificans, die gerade an der Breslauer Klinik beobachtet wurden, auf die frühzeitige Massage bei Hämatomen nach Trauma zurück. Er will daher mit der Massage nicht zu früh anfangen. — Bemerkenswert ist, dass der Vater der Patientin die gleiche Erkrankung post. trauma hatte. L. will jetzt Fibrolysininjektionen anwenden.

Ewald-Hamburg.

47) **Krüger.** Naturwissensch.-med. Gesellschaft zu Jena. 4. II. 09.
Münch. med. Wochenschr. 1909. Nr. 16, p. 833.

Dystrophia muscularis progressiva pseudohypertrophica.

Die 45jährige Patientin hat das Leiden seit früher Kindheit.



Vorübergehend war Besserung eingetreten, doch kann Pat. seit dem 14. Lebensjahr nicht mehr gehen. Die starke Fettwucherung ergriff später auch die oberen Extremitäten. Infolge schmerzhafter elephantiastischer Schwellung des rechten Beins wurde dieses amputiert. Auffallend war das geringe Kaliber der Schenkelgefässe und die wachsgelbe Muskulatur. Der N. tibialis und peroneus waren zum grössten Teil verfettet. Der Knochen war hochgradig atrophisch, die Gelenkknorpel durchscheinend, die Gelenkzotten total fettig degeneriert.

Ewald-Hamburg.

48) **Deutschländer.** Aerztlicher Verein in Hamburg. 23. III. 1909.

Autoreferat in d. Hamburger Aerzte-Korrespondenz. 1909, 13.

Ergebnisse der Hamburger Krüppelzählung.

Hamburg steht inbezug auf die Häufigkeit der krüppelhaften Gebrechen erheblich über dem Reichsdurchschnitt (2,10 ‰ : 1,48 ‰). Es wurden 1834 Krüppel gezählt, von denen 922 als einer Anstaltsfürsorge bedürftig erachtet wurden. Dem Alter nach handelt es sich um 191 vorschul- und 1643 schulpflichtige Krüppel. Nach den Krankheitsursachen verteilen sich die Krüppel auf 304 angeborene Erkrankungen (einer Anstaltsfürsorge bedürftig 112), 223 Skoliosen (70), 353 Rachitis (206), 265 Kinderlähmung (248), 330 Tuberkulose (143). Die Zahlen haben nur die Bedeutung von Minimalwerten, da die Ergebnisse der Zählung namentlich im vorschulpflichtigen Alter lückenhaft sind. Die Zählung der Fälle von angeborener Hüftverrenkung ergab im Alter von 0—6 Jahren 13, im Alter von 6—15 Jahren 99. Es existiert also ein ausserordentlich hoher Prozentsatz von Luxationsfällen, der bereits das repositionsfähige Alter überschritten hat. D. zieht daraus den gewagten Schluss, dass „wir von dem Idealziel der neuerdings behaupteten absoluten Heilung der Luxationen auf unblutigem Wege im einrenkungsfähigen Alter anscheinend noch erheblich entfernt sind, denn sonst würde nicht ein so ausserordentlich hoher Prozentsatz von Fällen vorhanden sein, der ungeheilt ins schulpflichtige Alter eintritt." Er leitet aus dieser Tatsache die Berechtigung auf anderem Wege als auf dem bisher geübten eine Heilung des Leidens herbeizuführen. Zum Schluss weist D. auf den vor kurzem begründeten „Verein zur Fürsorge für jugendliche Krüppel Hamburgs" hin.

Ewald-Hamburg.

49) **A. Schanz.** Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Dresden. 28. X. 1908.

Münch. med. Wochenschr. 1909, 2, p. 101.

Insufficientia vertebrae und Skoliose.



Wie S. schon früher ausführte (s. Zentralbl. I, S. 462), treten in vielen Fällen von Skoliose Klopfschmerzen in der Dornfortsatzreihe und Druckschmerzen an den zugänglichen Wirbelkörpern auf, die durch ein Belastungsmissverhältnis an der Wirbelsäule zustande kommen und dementsprechend durch Anlegen eines Stützkorsetts beseitigt werden können. Sch. behauptet heute, dass man in jedem Fall von Skoliose auch das Beschwerdebild der Insufficientia vertebrae nachweisen könne; die Skoliose macht bei ihrer Entstehung Beschwerden und ebenso bei ihrer Verschlimmerung. Immer finden sich die Klopfschmerzen an der Dornfortsatzreihe oder die Druckschmerzen an den Wirbelkörpern oder Beides, und zwar regelmässig an den Stellen der Hauptkrümmungen. Je häufiger die Schmerzen sind, um so schneller schreitet die Skoliose fort. Es ist auffällig, dass man diese Beschwerden ebenso wie die ausstrahlenden Brust-, Leibschmerzen, Ischias usw. bisher noch nicht gekannt hat. Alle Patienten, die diese Insufficientia vertebrae haben, vertragen gymnastische Kuren schlecht und sollten daher mit Stützkorsetts behandelt werden, bis die Empfindlichkeiten nachlassen.

Ewald-Hamburg.

50) **Wahl.** Aerztlicher Verein in München. 11. November 1908.
Münch. med. Woch. 1909. Nr. 13, p. 684.

W. demonstriert den Redressionsrahmen von Wullstein-Engelmann zur Behandlung schwerer Skoliosen und Kyphosen. Er lässt bei der Behandlung schwerer Skoliosen die Gymnastik tagsüber mit täglich erneuerten stark redressierenden Gipsverbänden nachtüber abwechseln. Diese Gipsverbände legt er in dem Wullsteinschen Rahmen an. Bilder einer schweren Skoliose bei einem 14jährigen Mädchen, bei dem das Verfahren 1/4 Jahr lang konsequent durchgeführt wurde. (Das „ausgezeichnete Resultat“ kann man an den beigegebenen Bildern nicht erkennen. Ref.) W. zweifelt nicht mehr daran, dass sich auch bei schweren fixierten Skoliosen jugendlicher Individuen ein Zustand erzielen lässt, der einer Heilung nahe kommt. (? Ref.)

Ewald - Hamburg.

51) **Risel.** Medizinische Gesellschaft in Zwickau. 13. Okt. 1908.
Deutsche med. Woch. 1909. Nr. 5, p. 227.

Bei einer 48jähr. Frau trat vor etwa 4 Jahren nach einem Fall eine Blasen-Mastdarmlähmung auf, 5 Wochen später eine allmählich bis zur völligen Lähmung zunehmende Parese beider Beine. An der Leiche liess sich ausser Tabes des Rückenmarks



und Optikusatrophie eine völlige Kompression der Intervertebralscheibe zwischen dem 4. und 5. Lendenwirbel feststellen. Statt der Zwischenwirbelscheibe fand sich eine schmale Linie weissen fibrösen Gewebes, das an der Peripherie durch etwas kallösen Knochen überbrückt war. An der Wirbelsäule war sonst nichts zu erkennen. Es handelt sich um eine tabische Arthropathie der Lendenwirbelsäule. Das geringfügige Trauma hatte nur die bereits tabisch erweichte Zwischenbandscheibe getroffen.

Ewald-Hamburg.

52) **H. Haenel.** Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Dresden. 28. Oktober 1908.

Münch. med. Woch. 1909. Nr. 2, p. 100.

Osteoarthropathia vertebralis. Ein 52jähr. Offizier, der schon seit vielen Jahren an Tabes leidet, hat seit einigen Monaten neuralgieartige, nicht lanzinierende Schmerzen im Kreuz, Gesäss und in der Leistengegend. Es besteht eine Kyphose der Lendenwirbelsäule, so dass der Oberkörper nach vorn abgeknickt erscheint und der untere Rippenbogen dem Darmbeinkamme abnorm genähert ist. Pat. hat 6 cm von seiner ursprünglichen Länge verloren. Bei den — sehr beschränkten — Bewegungen ist Knirschen zu konstatieren. Das Röntgenbild zeigt, dass der 4. und 5. Lendenwirbel zu einer Masse zusammengeschmolzen ist; auch zwischen 5. Lendenwirbel und Kreuzbein scheint eine Obliteration zu bestehen. Die übrigen Intervertebralscheiben erscheinen verschmälert. Von der Basis der Querfortsätze gehen dicke, knollige Knochenmassen aus, die zum Teil von Wirbel zu Wirbel Brücken bilden, zum Teil auch in Haken und Zacken von den Wirbelkörpern abstehen. Es sind also gleichzeitig atrophische und hypertrophische Knochenprozesse zu konstatieren. — Ein Stützkorsett hatte insofern einen guten Erfolg, als die Schmerzen verschwanden, sowie der Gang und die Haltung gebessert wurden.

In der Diskussion bemerkt Rostoski, dass er zwei Fälle von Steifheit der Wirbelsäule beobachtet habe. Die Sektion des einen ergab eine knöcherne Verbindung zwischen den Gelenkfortsätzen der Wirbel und eine knöcherne Verbindung einer Brustwirbelzwischenscheibe. Der Mann hat viel an Gelenkrheumatismus gelitten.

Schanz bemerkt zu dem Fall von Haenel, dass aus der Besserung der Erscheinungen durch das Stützkorsett der Schluss gezogen werden kann, dass diese durch eine Ueberlastung der Wirbelsäule bedingt sind.



Schmorl betont, dass die Versteifung der Wirbelsäule keine einheitliche Affektion sei: es gibt eine Spondylitis deformans (bei älteren Personen gar nicht selten — Degeneration der Bandscheiben, Wucherung von Knochen an den Rändern der Wirbelkörper); Spondylitis ankylopoetica (traumatische Einwirkungen, Ankylosierung der kleinen Gelenke der Wirbel).

Schanz macht darauf aufmerksam, dass das Trauma ätiologisch häufig herangezogen werden muss, auch wenn man keine Fraktur nachweisen kann. Er berichtet von einem Versuch Langes (Kopenhagen), der beim Feststellen der Druckfestigkeit einzelner Wirbel einen Wirbel von einem verunglückten Bauarbeiter fand, der trotz seiner scheinbaren völligen Intaktheit eine ganz ausserordentliche Verminderung der Tragfähigkeit aufwies.

Ewald-Hamburg.

53) **R. Kennedy** (Glasgow) Britische medizinische Gesellschaft. Sheffield 24—31. Juli 1908.

(Revue de chir. 1908. 12.)

Zur Beseitigung des spastischen Torticollis hat K. in den schwersten Fällen, wo einfache Muskeldurchschneidungen keinen Erfolg hatten, durch eine eingreifende Operation von hinten her die I. bis IV. Halswurzel freigelegt und ihre hinteren Aeste exzidiert. Dadurch werden nicht nur die Muskeln gelähmt, sondern ein beträchtlicher Bezirk der Nackenhaut wird auch anaesthetisch, was unangenehmer ist, als man annehmen sollte. Trotzdem das Endresultat befriedigend ist, soll man sich nur in den allerschwersten Fällen zu der schweren Operation entschliessen. **Ewald**-Hamburg.

54) **Tashiro.** Medizinische Gesellschaft in Tokyo. 5. 10. 1908.

Deutsche med. Wochenschr. 1909. 8 p. 375.

Bei dem jungen Mann, der einen angeborenen Hochstand der Skapula hatte, war auch der betreffende Arm kürzer, ebenso die Klavikula. Der Kopf war asymmetrisch der musc. deltoideus und supraspinatus atrophisch. **Ewald**-Hamburg.

55) **Legnani** (Pavia). Osteosarcoma della spalla.

Società medico-chirurgica di Pavia. Luglio 1908.

Verf. legt ein Osteosarkom der Schulter vor, das mittelst interscapulo-humeraler Amputation abgetragen wurde. Er macht auf die Bedeutung der temporären Unterbindung der Subclavia aufmerksam, die von ihm in dem Falle vorgenommen wurde, wodurch es ihm möglich war, den Tumor ohne Blutverlust zu inzidieren und so vor Aufopferung der Extremität die Diagnose sicherzustellen.

Buccheri-Palermo.



56) **Hagen.** Aerztlicher Lokalverein Augsburg. 24. 11. 1908.
Münch. med. Wochenschr. 1908. Nr 52. p. 2711.

H. stellt einen 19jährigen Mann vor, der — mit einem schweren Rucksack beladen, beim Nehmen einer scharfen Kurve vom Rad stürzte. Ohne dass eine äussere Verletzung, Fraktur oder Luxation zustande gekommen wäre, war der ganze Plexus brachialis in allen seinen Wurzeln, dicht nach dem Austritt aus der Wirbelsäule zerrissen und Schulter und Arm infolgedessen gelähmt. Naht der Nerven, nach 4 Wochen schwache Wiederkehr von Motilität und Sensibilität. Nach anderthalb Jahren war die Lähmung vollständig verschwunden bis auf die des musc. deltoideus, serratus major und teilweise des triceps. Ewald-Hamburg.

57) **v. Lichtenberg.** Unterelsässischer Aerzteverein in Strassburg i. E. 27. Juli 1908.
Deutsche med. Woch. 1909. Nr. 3, p. 135.

Ueber Arthritis cubiti deformans juvenilis. Die Erkrankung ist gar nicht so selten. L. kann über sieben Fälle berichten. In 3 Fällen war ein leichtes Trauma vorhergegangen, in 3 anderen — einmal doppelseitig! — sicherlich nicht. In einem Falle handelte es sich um Chondromatose der Gelenkkapsel. In jedem Fall ist die Röntgenuntersuchung besonders wichtig.
Ewald-Hamburg.

58) **Stewart.** Chirurgische Gesellschaft in Newyork. 13. V. 1908.
Revue de chir. 1908. Nr. 12.

Ein 7jähr. Junge bekam wegen einer suprakondylären Oberarmfraktur einen Verband, der aber wegen Zirkulationsstörungen schon am nächsten Tag wieder entfernt wurde. Trotz Massage bildete sich am Oberarm ein Geschwür und in kurzer Zeit (3 bis 4 Wochen) eine Volkmannsche ischämische Muskelkontraktur der Hand- und Fingerbeuger. Da man eine Nervenläsion durch den Kallus annahm, wurde zunächst der Medianus an der Frakturstelle freigelegt, aber intakt gefunden. Man beschränkte sich auf Massage und Uebungen, die aber bisher zu einer nennenswerten Besserung nicht geführt haben. Ewald-Hamburg.

59) **Chalier,** Société des sciences médicales de Lyon. Juli 1908.
(Revue de chir. 1908. 12.)

Dem 46 jährigen Schuster hat Ch. vor 19 Jahren wegen einer Handgelenkstuberkulose sämtliche Handwurzelknochen entfernt. Sämtliche Bewegungen im Handgelenk sind trotzdem normal. Ewald-Hamburg.



60) **Granier.** Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins. 11. Jan. 1909.
Zentralbl. f. Chir. 1909. Nr. 10. p. 359
und Deutsche med. Wochenschr. 1909. 11. p. 506.

Ueber die Brüche der Handwurzelknochen. Diese Brüche sind ebenso typisch wie z. B. die Radiusfrakturen. Es handelt sich namentlich um isolierte indirekte Kahnbein- und Mondbeinfrakturen. Typisch für den Kahnbeinbruch ist lokale Druckschmerzhaftigkeit und Schwellung, sowie die stets behinderte Radial- und Dorsalflexion. Das Röntgenbild stellt die Diagnose sicher. Bericht über 6 selbst beobachtete Fälle, von denen zwei vorgestellt werden. Darauf wird der seltenere typische Mondbeinbruch besprochen, ebenfalls unter Demonstration der Röntgenbilder von zwei selbst beobachteten Fällen. Die Prognose beider Brüche ist recht ungünstig.

In der Diskussion berichtet E. Schultze über fünf Kahnbeinbrüche, meist durch Kompression bei starker Dorsal- und Ulnarflexion entstanden. Bei drei Lunatumfrakturen waren ganz leichte Verletzungen die Ursache. Die Exstirpation des os lunatum wurde verweigert. Bei zwei alten Mondbeinfrakturen zeigten sich arthritische Veränderungen. Die Navikularfrakturen, die Sch. sah, sind funktionell schlecht verheilt. Neuerdings wird an der Bierschen Klinik frühzeitige Massage, Heissluft- und Bewegungstherapie eingeleitet.

Ewald-Hamburg.

61) **Enderlen.** Würzburger Aerzteabend. 26. XI. 1909.
(Münch. med. Woch. 1909. Nr. 18. p. 949.)

Ein Defekt des ganzen Handrückens wurde durch einen gestielten Hautlappen aus der Bauchhaut gedeckt. Zuerst wurde im Epigastrium ein Brückenlappen geschnitten und unter diesem die Hand durchgeschoben; die Durchtrennung der Stiele erfolgte nach 12 Tagen. **Ewald**-Hamburg.

62) **Salle.** Gesellschaft der Charitéärzte in Berlin. 14. I. 1908.
(Berl. klin. Woch. 1909. Nr. 9.)

Eine 53jähr. Frau bemerkte vor 5 Jahren an der Kuppe des rechten Mittelfingers eine kleine schmerzhafte Auftreibung, die 3 Jahre später aufbrach und unter Eiterung einen weissen Stein entleerte. An den Kuppen beider Mittelfinger bildeten sich jedoch im Laufe der Zeit wieder dieselben Verhärtungen aus. Ausserdem Schmerzen in verschiedenen Gelenken und teilweise Steifigkeit. Das Röntgenbild ergibt einen 1 ctm langen Körper, der nirgends mit



den Knochen in Verbindung steht. Keine Arthritis an den Gelenken. Die chemische Untersuchung eines Steins stellt Kalk und Phosphorsäure, aber keine Harnsäure fest. Aehnliche Fälle von Ablagerung von phosphorsaurem Kalk im Unterhautgewebe sind bisher nur 10 beschrieben. Mit Gicht hat das Leiden nichts zu tun. Die Konkremente liegen in völlig reaktionslosem Gewebe, also kann es sich um keinen Entzündungsprozess handeln. Bei der Pat. von S. bestehen seit der Kindheit vasomotorische Störungen an den Händen. Durch Radiogenschlammpackungen konnte ein Stein zur Auflösung gebracht werden, der dann in Form kleiner Krystalle entleert wurde.

Brugsch bemerkt, dass Taylor in einem Fall von Kalkablagerung in der Haut nach Typhus den Pat. auf kohlehydratfreie Ernährung gesetzt hat: die erzeugte Azidose hatte zur Folge, dass der Kalk völlig resorbiert wurde. Ewald-Hamburg.

63) **Ghillini.** Prognosi della lussazione congenita dell'anca in rapporto alla deformità.

Società medico-chirurgica di Bologna. 14 dic. 1908.

Die unblutige Behandlung der erwähnten Luxation gibt verschiedene Resultate, welche von der Deformation der Gelenkknochenflächen abhängig sind. Während die pathologische Anatomie dieser von Palletta, Lorenz u. A. studiert worden ist, studierte Redner zuerst die fragliche Deformation an im Wachstum begriffenen Tieren, indem er unblutig die Hüftluxation nach dem Verfahren von Fabbri erzeugte und dann folgendes konstatierte:

Schwinden der Gelenkpfanne auf einen rudimentären Zustand derselben; der umliegende Knochen wird immer dicker, nur einmal dünner; in der Nähe der alten Gelenkhöhle wird durch den Kopf eine neue Höhle ausgehöhlt; beträchtliche Atrophie der oberen Epiphyse des Femur; Hals und Kopf stark deformiert und letzterer verschieden verlagert und plattgedrückt. Auf Grund dieser Alterationen empfahl Redn. bei der Behandlung zuerst Modifikationen in dem Reduktionsverfahren und zeigte sich als ein Gegner der Anwendung der klassischen Methode von Fabbri für die traumatische Luxation nach hinten auf das Darmbein bei der angeborenen Luxation.

Der Neigungsgrad des Darmbeins ist ebenfalls von Bedeutung für die neue Aushöhlung der Gelenkpfanne, da, wenn es wenig geneigt, fast vertikal ist, der Femurkopf oben keinen Halt für die Neoarthrose finden wird. Da die positiven Resultate bei der angeborenen Hüftgelenkluxation von den Veränderungen der Knochen-



flächen abhängig sind, so wird sich die Prognose auf diese Deformationen stützen müssen. **Buccheri** - Palermo.

64) **Tashiro.** Medizinische Gesellschaft in Tokyo. 30. Sept. 1908.
Deutsche med. Wochenschr. 1909. 8. p. 375.

Demonstration eines Knaben, dessen angeborene Hüftluxation vor 6 Monaten unblutig reponiert wurde. Der Femurkopf steht gut in der Pfanne. Nach der Erfahrung des Vortragenden ist die angeborene Hüftgelenksluxation in Japan gar nicht selten.
Ewald - Hamburg.

65) **A. Lorenz.** K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien. 19. II. 1909.
Münch. med. Woch. 1909. Nr. 10, p. 540.

Eine neue unblutige Behandlungsmethode der Coxa vara. Nach einer Besprechung der verschiedenen Formen der Coxa vara und ihrer Behandlungsmethoden, die, soweit blutig, sämtlich nicht ideal sind, kommt L. zu dem Schluss, dass eine Coxa vara überhaupt nicht operativ behandelt werden solle. Sie kann durch eine gefahrlose unblutige Methode einer sowohl funktionellen als auch anatomischen Heilung zugeführt werden. Bei der Coxa vara traumatica wird man, wie bei jedem anderen deformen Bruch, so vorgehen, dass man eine Reinfraktion, Reposition und Retention einleitet. Vorteilhaft ist es, die operierten Kranken mit ihrer Fraktur ambulant zu behandeln, natürlich ohne dass die Retention der Fragmente gefährdet wird. — Röntgenbilder von zwei Fällen, vor und nach der Behandlung. — Ein Fall von jugendlicher Coxa vara traumatica, bei dem sämtliche Symptome der Coxa vara dauernd verschwunden sind.

In der Diskussion weisen v. Frisch, Ewald und v. Eiselsberg darauf hin, dass auch Fälle von Coxa vara mit blutigen Eingriffen erfolgreich behandelt wurden, und dass das L.'sche Verfahren wohl kaum bei Erwachsenen anzuwenden sei. Auch wird bezweifelt, ob durch Wiederherstellung der anatomischen Intaktheit immer auch eine normale Funktion eintrete. **Ewald** - Hamburg.

66) **Blencke.** Medizinische Gesellschaft zu Magdeburg. 19. XI. 1908.
Münch. med. Woch. 1909. Nr. 9, p. 479.

Demonstration von Röntgenplatten zweier seltener Hüftgelenkserkrankungen. Im ersten Fall (18jähr. Mann) handelt es sich um eine stark erweiterte Pfanne. Nach den Symptomen muss eine angeborene Hüftverrenkung vorgelegen haben, bei der die alte mit der neu gebildeten Pfanne verschmolzen ist. — In



dem zweiten Fall handelt es sich um eine subakut verlaufene Osteomyelitis des Schenkelhalses, der jetzt vollkommen verschwunden ist, so dass der Kopf dem Schaft direkt aufsitzt.

Ewald - Hamburg.

67) **Henschen.** Medizinisch-naturwissenschaftlicher Verein Tübingen. 9. Nov. 1908.

Münch. med. Wochenschr. 1909, 1, p. 49.

Zur Theorie und Praxis der Extensionsbehandlung der Ober- und Unterschenkelbrüche (Extension in Genuflexion bei Muskelentspannung).

Das Problem der Behandlung der Beinbrüche ist von Bardenheuer der Lösung ziemlich nahe gebracht worden. Doch weist dessen Verfahren immerhin noch einige physiologisch-mechanische Unrichtigkeiten auf, besonders die Strecklagerung des Beins. Besser ist es, in jedem Fall die kleinstmögliche Weichteil- und Muskelspannung als Stellung der Extensionsachse zu wählen. Diese Stellungen fallen mit den sogenannten Ruhelagen der Extremität zusammen, d. h. der Lage, in der sich die Streck- und Beugemuskeln in der physiologischen Gleichgewichtslage befinden. In dieser Lage kann überhaupt erst die Extension die grösstmögliche Wirkung ausüben. — Die eigentümlichen Ausdehnungs-(Verlängerungs-)verhältnisse der Muskeln, die nur eine gewisse Belastung ertragen, worüber hinaus sie reissen würden, machen die Anwendung hoher Gewichte unnötig, sobald wir bei abgespannten Muskeln, d. h. in halber Flexion extendieren und gleichzeitig eine Reibung des Beins durch Suspension in Spanntüchern (Hängematte) ausschalten. — Demonstration der verschiedenen Methoden (Middeldorpf, Lorinser, Hennequin, Brown, Steinmann, Henschen (Hängemattenextension), Zuppinger.

Ewald - Hamburg.

68) **Benkwitz.** Unterelsässischer Aerzteverein in Strassburg i. E. 27. Juni 1908.

Deutsche med. Woch. 1909. Nr. 3, p. 136.

B. demonstriert 5 Fälle einer typischen Verletzung des unteren Femurendes (Stieda). Nach B. handelt es sich um „Abrissfraktur des Epikondylus med. fem.“ und zwar im oberen Teil, an dem der mediale Gastroknemiuskopf und die untere Partie des musc. adductor magnus ansetzt. Die Verletzung entsteht entweder durch direkte Gewalt (Schlag gegen die Innenseite des Gelenks) oder indirekt durch gewaltsame Abknickung des Kniegelenks.

Sicherung der Diagnose allein durch Röntgenbild möglich (Demonstration).

Ewald-Hamburg.

69) **Wilms.** Medizinische Gesellschaft in Basel. 2. Juli 1908.
Deutsche med. Woch. 1909. Nr. 3, p. 136.

Die praktisch wichtigen inneren Verletzungen des Kniegelenks. 1. Einklemmung von Kapselteilen; 2. Einklemmung des Hoffaschen Fettkörpers und der von ihm ausgehenden Zotten; 3. Lösung und Frakturen mit Luxationen des Meniskus; 4. schalenförmige Absprengung von Knorpel und Knochen an den unteren Kondylenflächen des Femur.

Die Behandlung der Absprengungen und der Meniskusverletzung besteht in Entfernung der lädierten Teile, die Behandlung der Zottenbildung zuerst in Ruhigstellung durch Gummikniekappe, bei rezidivierender Störung auch in Exstirpation. **Ewald**-Hamburg.

70) **Wrede.** Verein f. wissenschaftl. Heilkunde zu Königsberg i. Pr. 8. II. 1909.
Berliner klin. Wochenschr. 1909, 8, p. 373.

Kongenitale erbliche Luxation der Patella nach aussen.

Die Deformität findet sich beim Vater und seinen beiden Kindern, soll auch beim Grossvater und 2 Geschwistern des Vaters vorhanden sein. Bei dem 12 jähr. Mädchen war ausserdem eine Einsenkung am linken oberen Brustabschnitt unterhalb des Schlüsselbeins bemerkenswert (Aufliegen der Faust in utero). Der 11 jähr. Junge wies ferner eine angeborene Skoliose der Lendenwirbel und eine doppelseitige Radiusluxation auf. Allen gemeinsam war noch eine Verkrüppelung des Daumennagelgliedes und eine Adduktionsdeformität des Endgliedes des kleinen Fingers.

Ewald-Hamburg.

71) **Crispolti** (Bologna). La resezione del ginocchio per osteomielite tubercolare.
Società medico-chirurgica di Bologna. 14 dic. 1908.

Bei dieser Krankheit empfiehlt die Schule Durantes noch die Resektion des Knies und die Erhaltung der Kniescheibe zur Verhinderung späterer Deformitäten. Zur Erzielung einer vollkommenen geraden Ankylose, des eigentlichen Resultates, das man im Auge hat, legt Prof. Ghillini das grösste Gewicht auf lange Beibehaltung des Apparates. Wegen der Schwierigkeiten in der Ausführung der keilförmigen Resektion empfiehlt er die transversale Resektion, welche



rascher ist und eine gründlichere Untersuchung der erkrankten Teile gestattet. Die Kniescheibe exstirpiert er, da sie nicht nur keine Bedeutung für die Konsolidierung der Fragmente besitzt, sondern, falls sie einen tuberkulösen Herd bergen sollte, eine ständige Gefahr bilden würde. **Buccheri**-Palermo.

72) **Nové-Josserand,** Société de chirurgie de Lyon. 5. XI. 1908. (Revue de chir. 1908. 12.)

N.-J. stellt ein Kind von 8 Jahren vor, das seit 6 Jahren eine Pseudarthrose der rechten Tibia hat. Er nahm von der gesunden Seite einen Haut-Periost-Knochenlappen, der gestielt auf die angefrischten Fragmente der Pseudarthrose überpflanzt wurde. Nach 8 Tagen wurde der Stiel durchschnitten. Guter Frfolg.

Ewald-Hamburg.

73) **Nové-Josserand.** Société de chirurgie de Lyon. 5. XI. 1908. (Revue de chir. 1908. 12.)

Das vorgestellte Kind litt an einer Fusswurzeltuberkulose, weswegen nach vergeblicher konservativer Behandlung der Talus völlig entfernt, der Kalkaneus und Malleolus externus ausgekratzt wurden. Das Loch wurde mit der Jodoformplombe ausgefüllt, es bestand noch mehrere Monate eine Fistel, das Endresultat ist aber bezg. Stellung und Form des Fusses und der Beweglichkeit im Sprunggelenk ein gutes. **Ewald**-Hamburg.

74) **Willems** (Gent). Britische medizinische Gesellschaft Sheffield. 24.—31. Juli 1908. Revue de chir. 1908. Nr. 12.

Die Technik der Tarsektomie beim angeborenen Klumpfuss. W. hat die unblutige Behandlung des Klumpfusses sehr eingeschränkt und glaubt, mit dem Redressement wohl den Spitzfuss, aber nicht die Adduktion und die Einrollung des Vorderfusses beseitigen zu können. Auch die Phelpssche Operation hat er aufgegeben. Er geht so vor, zunächst einen ovalen Hautlappen aus der Gegend des äusseren Malleolus herauszuschneiden, dann den ganzen Talus, ein Drittel bis die Hälfte des Kalkaneus, in seltenen Fällen auch noch das Kuboid und Navikulare zu entfernen und schliesslich den Fuss zu redressieren. 3—4 Wochen Gipsverband. Es soll sich sehr schnell ein neues Sprunggelenk bilden. (Das Verfahren kommt mehr einer Verstümmelung als einer Korrektur gleich. Ref.) **Ewald** - Hamburg.



75) **Schanz.** Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Dresden. 28. X. 1908.

Münch. med. Wochenschr. 1909, 2, p. 101.

Fortschritte in der Behandlung der Insufficientia pedis. (Plattfussbeschwerden.)

Diese Beschwerden rühren von einem Belastungsmissverhältnis her und können bestehen, ohne dass das anatomische Bild des Plattfusses schon sichtbar zu sein braucht. Um das Belastungsmissverhältnis auszuschalten, muss dem Fuss derjenige Teil der Last abgenommen werden, welcher die Ueberlastung bedingt (Plattfusseinlagen). In manchen Fällen wird aber die sonst erzielte volle Wirkung der Einlage nicht erreicht. Es sind dann Beschwerden im Vorderfuss zu konstatieren: Schmerzen unter dem 2., 3. oder 4. Metatarsalköpfchen oder am Grosszehenballen. Diese Schmerzen kommen von einer Abflachung des queren Fussgewölbes. Wenn man letzteres wieder in die Höhe bringt (durch 1—2 zweckmässig angelegte Heftpflasterstreifen), so verschwinden die Beschwerden momentan. Nach einiger Zeit stellen sich die normalen Verhältnisse wieder her. Um die Wirkung von Verband und Einlage zu verbinden, lässt Sch. auf einem Modell eine Leder-Stahleinlage arbeiten, die durch zwei seitlich heraufgreifende Backen die Querwölbung zusammenhält.

Ewald-Hamburg.

76) **Vallas** et **Desgouttes** (Lyon). Tarsectomie avec conservation du calcanéum. (Tarsektomie und Erhaltung des Calcaneus.)

Revue de chirurgie. 38. Bd. Nr. 8. S. 228.

Bei der Pat. der Verf. hatte sich im Anschluss an einen Abort eine fieberhafte Phlebitis des linken Beines eingestellt, die zu einer Vereiterung der Fusswurzel geführt hat. Es wurde deshalb eine Resektion der Fusswurzel ausgeführt, wobei nur der Calcaneus erhalten blieb. Nach länger dauernder Eiterung heilte der Prozess aus. Der funktionelle Erfolg war ein guter, eine Verkürzung des Beines und des Fusses blieb dabei bestehen. Die Röntgenaufnahme ergab eine stärkere Horizontalstellung des Calcaneus, der durch eine solide Knochenmasse mit der Tibia und den Metatarsen vereinigt war. Den Vorteil der Operation finden die Verf. in der Erhaltung des Vorderfusses und des Calcaneus bei völliger Entfernung der kranken Partien. In Betracht kommt die Operation bei komplizierten Verletzungen, bei multiplen Brüchen der Fusswurzel, bei Eiterungen, Tuberkulose und Geschwülsten.

Ottendorff-Hamburg-Altona.



Inhalt: Metatarsus adductus congenitus. Von Prof. Dr. K. Cramer in Köln. (Originalmitteilung.)

Bücherbesprechungen: Bardenheuer und **Graessner,** Die Technik der Extensionsverbände. — **Zuckerkandl,** Atlas und Grundriss der chirurgischen Operationslehre. — **A. Stoffel** und **E. Stempel,** Anatomische Studien über die Klumphand.

Referate: 1) **Carrel,** Gliedmassentransplantation. — 2) **Wollenberg,** Arthropathia psoriatica. — 3) **Ball** et **Alamartine,** Hypertrophierende Osteoarthropathien. — 4) **Freiberg,** Marmoreksche Serumbehandlung. — 5) **Ogilvy,** Tuberkulinbehandlung. — 6) **Nutt** und **Hastings,** Tuberkulin. — 7) **Ridlon** und **Blanchard,** Tuberkulöse Abszesse. — 8) **Legg,** Atrophie beim verminderten Gebrauch der Muskeln. — 9) **Berger,** Verbiegung bei Frakturheilung. — 10) **Perdu,** Schienen bei Frakturen. — 11) **Billon,** Gangrän. — 12) **Townsend,** Poliomyelitis. — 13) **Pürkhauer,** Nerven- oder Sehnenplastik. — 14) **Spitzy,** Spastische Lähmung und Nervenplastik. — 15) **Biesalski,** Krüppelfürsorge. — 16) **Bidon,** Mediko-mechanischer Apparat. — 17) **Brandenberg,** Spondylolisthesis. — 18) **Herz,** Rachitis und Scoliosis auf Neuseeland. — 19) **Bosse,** Skoliose. — 20) **Bradford** und **Soutter,** Behandlung der Skoliose. — 21) **Terrien,** Skoliose. — 22) **Härtel,** Resultate der Skoliosenbehandlung. — 23) **Ewald,** Isolierte Neuritis. — 24) **Levy,** Handgelenksdeformität. — 25) **Marsan,** Madelungsche Erkrankung. — 26) **Kofmann,** Fingerfrakturbehandlung. — 27) **Gibney,** Tuberkulöse Gelenkerkrankung. — 28) **Flesch,** Ischialgie. — 29) **Kofmann,** Sehnenplastik.

Aus Kongress- und Vereinsberichten: 30, 31) **Hagen, Lexer,** Riesenwuchs. — 32) **Lehnerdt,** Einfluss des Strontium auf die intrauterine Knochenentwicklung. — 33) **Röpke,** Zysten der Röhrenknochen. — 34) **Teissier** und **Bénard,** Erbliche Exostose. — 35) **Port,** Periostitis luetica. — 36) **Hartung,** Gelenklues. — 37) **Starck,** Barlowsche Krankheit. — 38) **Lommel,** Müller-Barlowsche Krankheit. — 39) **De Gaetano,** Kallusbildung. — 40) **Lenzmann,** Tuberkulinanwendung. — 41) **Ludloff,** Gelenktuberkulose. — 42) **His,** Gicht und Rheumatismus. — 43) **Poncet,** Tuberkulöser Rheumatismus. — 44) **Levi** und **Rothschild,** Chronischer Rheumatismus. — 45) **Ehrlich,** Multiple Gelenkankylosen. — 46) **Ludloff,** Myositis ossificans. — 47) **Krüger,** Dystrophia muscularis progressiva. — 48) **Deutschländer,** Hamburger Krüppelzählung. — 49) **Schanz,** Insufficientia vertebrae und Skoliose. — 50) **Wahl,** Skoliose und Kyphose. — 51) **Risel,** Tabische Arthropathie. — 52) **Haenel,** Osteoarthropathia vertebralis. — 53) **Kennedy,** Spastischer Torticollis. — 54) **Tashiro,** Hochstand der Skapula. — 55) **Legnani,** Osteosarkom. — 56) **Hagen,** Zerreissung des Plexus brachialis. — 57) **Lichtenberg,** Arthritis cubiti deformans. — 58) **Stewart,** Ischämische Muskelkontraktur. — 59) **Challer,** Handgelenkstuberkulose. — 60) **Granier,** Brüche der Handwurzelknochen. — 61) **Enderlen,** Defekt des Handrückens. — 62) **Salle,** Kalkablagerung. — 63) **Ghillini,** Kongenitale Luxation. — 64) **Tashiro,** Hüftluxation. — 65) **Lorenz,** Coxa vara. — 66) **Blencke,** Hüftgelenkserkrankungen. — 67) **Henschen,** Extensionsbehandlung. — 68) **Benkwitz,** Femurverletzung. — 69) **Wilms,** Kniegelenksverletzung. — 70) **Wrede,** Kongenitale, erbliche Luxation. — 71) **Crispolti,** Tuberkulöse Osteomyelitis. — 72) **Nové-Josserand,** Pseudarthrose. — 73) **Nové-Josserand,** Fusswurzeltuberkulose. — 74) **Willems,** Tarsektomie. — 75) **Schanz,** Insufficientia pedis. — 76) **Vallas** et **Desgouttes,** Tarsektomie.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. Dr. **O. Vulpius** in Heidelberg, Luisenstr. 1—3, oder an die Verlagsbuchhandlung **S. Karger** in Berlin NW 6, Karlstr. 15, einsenden.

Zentralblatt
für
Chirurgische und mechanische Orthopädie
einschliesslich der gesamten Heilgymnastik und Massage.

Redigiert von
Prof. Dr. O. Vulpius
in Heidelberg.

Verlag von
S. Karger in Berlin
NW., Karlstrasse 15.

Monatlich erscheint ein Heft im Umfang von 48 Seiten. Preis des Jahrgangs Mk. 15,—. Zu beziehen durch die Post und durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes.

Bd. III. **August 1909.** **Heft 8.**

1) **Peusquens.** Ein Fall von Sirenenbildung.

Diss. Bonn. 1908.

P. beschreibt in der vorliegenden Arbeit einen Sympus monodactylos und bespricht im Anschluss hieran die Ursache und das Zustandekommen der Missbildung, wobei er auch auf das Versehen der Schwangeren zu sprechen kommt. Auch in diesem Falle glaubte sich die Mutter versehen zu haben. Fünf sehr gut ausgeführte Abbildungen sind der Dissertation beigegeben.

Blencke-Magdeburg.

2) **v. Oeynhausen.** Ueber einen Fall von Thoracopagus tetrabrachius.

Diss. Göttingen. 1908.

v. O. bringt die genaue Beschreibung eines bis zur Geburt am Leben gewesenen reifen, monomphalen, autositären Thoracopagus tetrabrachius. Die übrigen Missbildungen, die Klumpfüsse und den im Ellenbogengelenk kontrakturierten Arm will Verf. als accidentelle Missbildungen angesehen wissen, infolge der Raumbeengung im Uterus.

Blencke-Magdeburg.

3) **Brandenberg** (Winterthur). Missbildung und Heredität.

Zeitschr. für orthop. Chir. XXI. Bd. 1.—3. H. S. 54.

B. stellt eine Anzahl Fälle seiner eigenen Beobachtungen wie aus der Literatur zusammen, bei denen sich Missbildungen (Polydaktylie, Klumpfuss etc.) in mehreren Generationen zeigten und fast ausschliesslich bei demselben Geschlecht. Verf. glaubt, dass es sich



nicht um einen Zufall handele, sondern dass hier ein bestimmtes Vererbungsgesetz vorliege, ebenso wie bei der Vererbung von Gesichtszügen etc., das gerade für die gleichgeschlechtlichen Individuen in Frage komme. Er streift dabei auch die Frage des sogenannten Zellengedächtnisses und des Versehens, ohne sich bestimmt pro oder contra zu entschliessen. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

4) **Tischer** (Deggendorf). Erworbene Elefantiasis.

Münch. med. Wochenschr. 1909. Nr. 9. p. 461.

Eine 68 jährige schwachsinnige Frau bekam vor etwa fünfzehn Jahren im Anschluss an eine rotlaufartige Entzündung am linken Unterschenkel eine langsam zunehmende Schwellung des linken Beins.

	l.	r.
Umfang der Mitte des Oberschenkels	70	65
Knies	67	50
unterhalb des Knies	73	46
Wade	63	37
oberhalb der Knöchel	55	30.

Ewald-Hamburg.

5) **Wentzell.** Beitrag zur Lehre von der Astasie und Abasie.

Diss. Kiel. 1908.

W. gibt die ausführlichen Krankengeschichten von vier Fällen von hysterischer Astasie-Abasie wieder, die im Laufe eines Jahres in der Kieler psychiatrischen Klinik zur Aufnahme gelangten. An der Hand dieser Fälle bespricht Verf. dies Krankheitsbild, bei dem der Ausfall der Steh- und Gehfähigkeit in den reinen Fällen das einzige Symptom ist und die unteren Extremitäten bei allen anderen motorischen Leistungen weder eine Schädigung der motorischen Kraft, noch eine Störung in der Kombination bezw. Koordination der Bewegungen erkennen lassen. Manche Patienten vermögen zwar zu stehen, aber nicht zu gehen, bei andern ist das Umgekehrte der Fall, andere zeigen wieder nur Störungen des normalen Ganges, kurzum die Erscheinungen der Lähmungen können sehr verschieden sein, wenn auch nicht jeder Fall ein ausgeprägt typisches Bild zeigt. Es sind zahlreiche Mischformen und Variationen vorhanden; die Störungen brauchen nicht dauernd zu sein, sondern können auch in Anfällen auftreten. Was die Therapie anlangt, so kommt die psychische Beeinflussung und die symptomatische Behandlung in Betracht, und gerade von der Uebungstherapie will W. einen grossen Einfluss auf die Psyche gesehen haben. **Blencke**-Magdeburg.



6) **Kehrer.** Beitrag zur Lehre von den hereditären Muskelatrophieen.

Diss. Heidelberg. 1908.

K. bringt den Stammbaum einer Dystrophikerfamilie, der nicht weniger als 12 Familienmitglieder betraf, und zwar gehörten alle zu dem skapulo-humeralen Typus. Die Krankheit wurde durch ein damit schon belastetes weibliches Mitglied einer kranken Familie in eine, wie sicher festgestellt werden konnte, bis dahin gesunde zweite Familie hineingetragen und hat sich hier bis in die vierte Generation hinein verfolgen lassen. Bei diesen Nachforschungen konnte R. feststellen, dass in dem gleichen Dorfe in einer anderen Familie Dystrophieen in hereditärer Weise auftraten, ohne dass eine verwandtschaftliche Beziehung zwischen beiden Familien aufgedeckt werden konnte.

Blencke-Magdeburg.

7) **B. Sachs** (New-York). The present-day conception of acute anterior poliomyelitis.

Americ. journ. of orthop. surg. 1908. Bd. VI, 2.

Nach den neueren Untersuchungen bei den grossen schwedischen und amerikanischen Epidemien ergreift der infektiöse Prozess keineswegs nur die grauen Vorderhörner im Rückenmark, sondern überhaupt die graue Substanz des Rückenmarks, der medulla oblongata und des Gehirns. Die Epidemie tritt fast immer im Juli und August am heftigsten auf; die Erkrankung ist kontagiös, die Art des Mikroorganismus ist noch nicht einwandfrei bestimmt.

Symptomatologisch ist zu bemerken, dass ausser der schlaffen Lähmung auch zu Anfang der Erkrankung spastische, meningeale und polyneuritische (Schmerz-)Erscheinungen vorkommen können. Prognostisch kann man nach der Schwere des Krankheitsbildes nicht sagen, ob kleinere oder grössere Störungen zurückbleiben werden.

Therapie: Elektrizität ist zwecklos, ebenso Medikamente. Mit Massage und Uebungen ist so früh wie möglich zu beginnen. Allzulange Fortsetzung dieser Behandlung nach der Etablierung des Dauerzustandes in den gelähmten Muskeln ist natürlich unnütz. Dann soll der Orthopäde in sein Recht treten.

Ewald - Hamburg.

8) **R. Jones** (Liverpool). Ueber Kinderlähmung.

American journ. of orth. surg. 1908. Bd. VI. Nr. 2.

Nach den neuesten epidemiologischen Studien ist die Poliomyelitis infektiösen Ursprungs; es werden nur einige Zellen im



Rückenmark wirklich zerstört, andere nur geschädigt, so dass die Lähmung sich teilweise immer wieder zurückbildet. Nach Goldscheiders pathologisch-anatomischen Untersuchungen ist das Primäre eine Schädigung der Gefässwand der Rückenmarksgefässe durch das Gift, Proliferation der Endothelien und Nekrose nicht nur der Vorderhornzellen, sondern auch der weissen Substanz und der Hinterhörner. Bezüglich der Behandlung ist zu bemerken, dass man gleich nach Ablauf der akuten Erscheinungen gegen die zu erwartende Deformität ankämpfen muss, da bekanntlich dauernd überstreckte Muskeln ihre Funktion verlieren. Dagegen können teilweise gelähmte Muskeln, wenn richtig behandelt, ihre Kontraktilität wieder bekommen, also müssen die gelähmten (meist die Extensoren-) Gruppen monatelang in Relaxation gehalten werden. Um Schienenapparate zu umgehen, sollte man prophylaktisch (d. h. bevor eine Transplantation oder Arthrodese in Frage kommt) durch eine einfache Operation für eine dauernde Erschlaffung der gelähmten Muskeln sorgen. Dies geschieht durch Ausschneiden eines Hautlappenovals über dem gelähmten Bezirk und entsprechender Hautnaht, so dass die Deformität ganz korrigiert wird. Drei so von J. behandelte Fälle zeigen die Richtigkeit dieses Vorgehens: es handelte sich um Lähmung des Bizeps und brachialis internus. Zweimal wurde ein rautenförmiger Hautlappen aus Ober- und Unterarm entfernt, die Hautränder wurden dann vernäht, so dass der Ellenbogen in spitzem Winkel gebeugt war. Mehrere Monate später war aktive Beugung möglich. Einmal wurde für längere Zeit durch Bandagen eine Flexion erhalten, dann, als aktive schwache Beugung möglich war, der Arm sich selbst überlassen. Dieser ging aber wieder in Streckstellung zurück, bis die passive Beugung genügend lange aufrecht erhalten wurde.

Der Sehnentransplantation macht man den Vorwurf zu Unrecht, dass der überpflanzte Muskel zuerst funktioniert, später aber nicht mehr. Misserfolge sind auf eine ungenügende Korrektur der Deformität vor der Operation, auf eine falsch erdachte oder unrichtig ausgeführte Operation und auf eine mangelhafte Nachbehandlung zurückzuführen. Die Arthrodese wird nur Aussicht auf Erfolg haben, wenn sie nicht zu früh vorgenommen wird. Bei Kindern unter 4 Jahren hatte J. nie knöcherne Vereinigung, bei Patienten über 10 Jahren immer. Goldthwaiths Vorschlag der schiefen Osteotomie der Fibula bei der Sprunggelenksarthrodese bedeutet einen Fortschritt.

Die Nervenüberpflanzung wird nur selten bei der Kinderlähmung anwendbar sein (höchstens bei isolierter Lähmung einer Gruppe). Doch sind weitere Untersuchungen gewiss am Platze.

Ewald-Hamburg.

9) **Aberle.** Der heutige Stand der Sehnentransplantation.

Wiener klin. Wochenschr. Nr. 17.

Der Arbeit, einem Vortrage vor dem Verein für Psychiatrie und Neurologie in Wien, seien einige für den Standpunkt des Autors charakteristische Sätze entnommen.

Nur von der totalen Ueberpflanzung eines Muskels ist Erfolg zu erwarten, nicht von der Abspaltung eines Sehnenzipfels. Gespaltene Muskel erlangen keine Differenzierung der Funktion.

Sehnentransplantation gibt nur dann Aussicht auf Erfolg, wenn die Paralyse auf ein kleines Gebiet beschränkt blieb.

Man soll der Sehnenoperation eine vollkommene Korrektur der Deformität durch Redressement vorhergehen lassen und erst 2 bis 3 Monate später operieren. Vielfach genügt schon die Voroperation allein, weil sich inzwischen Muskeln, welche für paralytisch gelten mussten, doch noch erholt haben. Auch brauchen die beim Redressement gesetzten Gewebstörungen Zeit zur Abheilung.

Bei spastischen Lähmungen ist von Sehnentransplantation nichts zu erwarten.

Für die obere Extremität sind Sehnenplastiken öfter indiziert als für die unteren, bei welcher man mit Redressement oder Apparaten wegen der minder komplizierten Funktion leichter das Auslangen finden kann.

Spitzy-Graz.

10) **Bradford** und **Soutter** (Boston). The ultimate results in the surgical treatment of infantile paralysis.

Americ. journ. of orthop. surg. 1908. VI, 2.

Verfasser berichten über ihre Erfahrungen, die sie an 120 Sehnentransplantationen und 50 Arthrodesen gemacht haben. Nach den Dauerresultaten, die sie 3—4 Jahre nach der Operation fanden, kommen sie zu folgenden Schlüssen: die Langesche Methode der periostalen Fixation mit Seidensehnen hat den Vorzug (zweimal musste sie angewandt werden, nachdem die Transplantation der gesunden Sehne auf die paralytische [Vulpius] einen Misserfolg ergeben hatte). — Die Arthrodese soll nicht vor dem 10. Jahre gemacht werden. — Die einfache Raffung einer zu langen Sehne nach der Korrektion einer Fussdeformität hat keinen Dauererfolg.



Verfasser beschreiben dann ausführlichst ihre Operationsmethode (Desinfektion mit Alkohol, Salzsäure und Sublimat, Handschuh, Maske, Seide wird kurz vor der Operation in 1‰ Sublimatlösung gekocht. — Kurze Schnitte wegen der Notwendigkeit einer Heilung per primam intentionem. Um während der Operation die Muskeln vor dem Austrocknen zu bewahren, werden sie mit einer dicken Schicht sterilisierten Vaselins bedeckt. — Nach der Transplantation wird die Haut nicht zu eng genäht, mit Katgut drainiert, die Wunde mit Vaselin bedeckt. In den Gipsverband wird ein Fenster geschnitten, wodurch die Wunden nach 2 Tagen kontrolliert werden. Der Gipsverband darf an keiner Stelle auch nur den geringsten Druck verursachen. Schon nach 3—4 Wochen soll der Gipsverband durch einen Apparat ersetzt werden, der ca. 4 Monate getragen wird. Später tragen die Patienten ganz leichte Schuhe (Moccasins). Bewegungs- und Gehübungen.) Die Dauerresultate sind äusserst günstig.

Schliesslich Bericht über 20 Fälle von Pes valgus, varus und equinus, wo mit Erfolg die periostale Ueberpflanzung, unter Umständen mit Einlagerung von langen Seidensehnen ausgeführt wurde.

Ewald-Hamburg.

11) **Mayer** (Köln). Zur Behandlung schwerer Kinderlähmungen.

Deutsche med. Wochenschr. 1908. Nr. 53, 2304.

Vorstellung von 4 Fällen schwerer Kinderlähmung, denen durch Sehnenüberpflanzungen verschiedener Art die selbständige Gehfähigkeit gegeben wurde. M. weist darauf hin, dass die entsprechende Vorbehandlung (Redressement der bestehenden Deformitäten) und die Nachbehandlung so wichtig seien wie die Operation selbst. Als Nachbehandlung empfiehlt M. vorzugsweise Massage und Elektrisieren nebst Gymnastik. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

12) **Rohde.** Zur Behandlung der Entbindungslähmungen.

Zentralblatt für Kinderheilkunde. 1909. Nr. 4.

Bei einem Fall ausgedehnter Entbindungslähmung des rechten Arms, der 8 Wochen post partum in Behandlung kam und bei dem die Mm. deltoideus, biceps, brachialis intern., brachioradialis, supinator, extensores carpi radialis brevis et longus, extensor carpi ulnaris, extensor pollicis brevis, sowie in geringerem Masse pectoralis, infraspinatus et subscapularis gelähmt waren, wurde völlige Heilung erzielt durch folgendes Verfahren: Anwickeln des gesunden Arms



mittels Flanellbinden und nur Massage und Bewegung des gesunden Arms während des Bades. Im übrigen wurde der kranke Arm elektrisiert, massiert und passiv bewegt. Durch diese Fixation des gesunden Arms sind alle Willensimpulse des Kindes auf die erkrankte Seite gerichtet, es versucht stets den erkrankten Arm selbst zu bewegen. **Meyer-Heidelberg.**

13) **Ortloff.** Zur Pathogenese der Bleilähmung, mit besonderer Berücksichtigung der einseitigen Form und der Tenosynovitis hypertrophica.
Diss. Jena. 1909.

Nach einer kurzen Besprechung der typischen Bleilähmung, die unter dem Namen der Erb-Remak'schen Vorderarmlähmung bekannt ist, gibt O. die Krankengeschichte eines derartigen Falles wieder, den er in der Jenenser med. Universitätsklinik zu sehen und zu untersuchen Gelegenheit hatte und der von dem erwähnten gewöhnlichen Typus insofern abwich, dass der linke Arm während der ganzen Krankheitsdauer völlig intakt blieb, ein Vorkommnis, das zu den grössten Seltenheiten gehört, wenn auch sonst die Bleilähmung nie auf beiden Seiten in gleicher Stärke auftritt und wenn auch sonst gewöhnlich die meistgebrauchte rechte Hand die stärkeren Erscheinungen zu zeigen pflegt. Ausserdem war in diesem Falle auch noch eine Anschwellung der Extensorensehnenscheiden der rechten Hand vorhanden, ein Befund, der des öfteren bei Radialislähmung beobachtet wird, über den aber O. nur spärliche Mitteilungen in der deutschen Litteratur finden konnte, die er in grossen Zügen wiedergibt. Zum Schluss der Arbeit bringt er dann noch eine kurze Uebersicht über den augenblicklichen Stand der Frage von der Bleilähmung, über die ja heute immer noch nicht die Diskussion in mancher Beziehung völlig geschlossen ist und die ja in dem Entwicklungsgang der Lehre von der Neuritis und Polyneuritis eine recht bedeutsame Rolle gespielt hat.

Blencke-Magdeburg.

14) **A. S. Taylor** (New-York). A contribution to the surgery of the peripheral motor nerves.
American journ. of orth. surg. 1908. Bd. VI. Nr. 2.

Es ist noch unentschieden, ob das distale Ende eines durchschnittenen Nerven sich von selbst regeneriert oder ob die Achsenzylinder vom zentralen Stumpf hineinwachsen. Auf jeden Fall kommt eine Funktion erst nach einer Wiedervereinigung zustande, und zwar auch dann, wenn der Nerv schon mehrere Jahre (—29!)



durchtrennt war. Das einzige, was für den Nerv von Wichtigkeit ist, ist der Zustand des Muskels, das Vorhandensein von kontraktiler Substanz. Darüber muss man sich in jedem Fall vor der Operation vergewissern (elektrische Untersuchung). Die Nervennaht resp. -Ueberpflanzung soll man möglichst frühzeitig vornehmen, da die Resultate um so besser sind, je jünger der Patient ist. — Es werden die verschiedenen Arten der Nervenvereinigung besprochen:

A. Einfache Wiedervereinigung.

B. Bei zu grosser Verkürzung Brückenbildung mit Chromkatgut (ist die Lücke grösser als 4 cm, so hat die Brückenbildung keinen Erfolg).

C. Bei unbrauchbarem zentralen Ende muss ein gesunder Nerv als Leiter dienen:

1. sein proximales Ende wird auf das distale Ende des paralytischen Nerven überpflanzt (unzweckmässig wegen Funktionsausfall der zum gesunden Nerven gehörenden Muskeln).

2. Implantation des peripheren gelähmten Nerven in einen Schlitz des gesunden (zieht T. allen anderen Methoden vor) oder partielle oder völlige Implantation des zentralen gesunden Nerven in einen Schlitz des gelähmten.

Bezüglich der Technik bemerkt T., dass man zur Naht feine Seide, die mit Vaselin getränkt ist (minimalste Reizung!) verwenden soll. Genäht wird nur die Nervenscheide. Die zu implantierenden Nervenenden werden zweckmässig zugespitzt.

Die Resultate sind bei einfacher Naht durchschnittener Nerven sehr gut, in allen anderen Fällen oft erstaunlich gut, aber selten vollkommen, wenn auch bei gut überlegter Operation ein völliger Misserfolg kaum vorkommt. Die erste Beweglichkeit kann auf keinen Fall vor drei Monaten nach der Operation zustande kommen, oft erst nach 6—15 Monaten. Lange Nachbehandlung zur Steigerung der Funktion ist unbedingt erforderlich.

T. hat 5 schwere (ungünstige!) Fälle von Kinderlähmung mit Nerventransplantation behandelt. Zweimal war der Unterarm gelähmt, weshalb T. die VIII. Hals- und I. Dorsalwurzel in die V. und VI. Halswurzel implantierte. Resultat: einmal nach acht Monaten schwache aktive Beweglichkeit im Handgelenk und in den Fingern. Im anderen Fall drei Jahre nach der Operation keine Aenderung.

Bei den anderen drei Kranken wurde der äussere Popliteus in den inneren implantiert; niemals war praktisch ein Erfolg zu verzeichnen, vielleicht waren die Nerven, in die implantiert wurde,



selber nicht intakt. — In vier Fällen von Hemiplegie hatte die Implantation auch keinen Erfolg. Bei der Erbschen Geburtslähmung des plexus brachialis soll die Neurolyse resp. die Nervennaht zwischen dem sechsten und zehnten Lebensmonat vorgenommen werden; die Resultate sind befriedigend, wenn sich auch kaum je eine normale Extremität herstellen lässt. **Ewald**-Hamburg.

15) **Sherrin** (London). Injuries of nerves and their treatment. London. (James Nisbet. 1908.)

Dieses Buch ist bestimmt, den Arzt mit der Prüfung und Behandlung von Nervenverletzungen bekannt zu machen. In 18 Kapiteln werden alle möglichen Nervenverletzungen beschrieben und deren chirurgische Behandlung. Eine unmittelbare Herstellung der Funktion direkt nach der Naht hat er bei 50 Fällen nie beobachtet. Die kürzeste Dauer des Wiedereintritts der ersten Anzeichen der Funktion nach der Operation war 5, die späteste 25 Wochen. Vollkommene Wiederherstellung der Funktion tritt frühestens nach 23 bis spätestens nach 46 Wochen ein. Was die Theorie des Wiedereintritts der Funktion anbetrifft, so scheint ihm das Vorhandensein von neuen Axenzylindern in situ der ausschlaggebende Faktor zu sein.

Mosenthal-Berlin.

16) **Preiser** (Hamburg). Ueber Deformitäten nach Gelenkentzündungen des Säuglingsalters. Zeitschr. f. orthop. Chir. XXI. Bd. 1.—3. H. S. 197.

P. beobachtete einen Fall von Luxation der Hüfte, die nach Anamnese und Röntgenbild mit Sicherheit auf eine Arthritis im Säuglingsalter zurückgeführt werden konnte. Bei zwei anderen Fällen hatte eine derartige Arthritis später Coxavarabildung zur Folge gehabt. Verf. glaubt, dass bei den Pat., bei denen eine Verbiegung des Schenkelhalses gefunden wurde, die Entzündung seiner Zeit in der Epiphysenlinie, bei den Luxationsfällen in der Synovialis ihren Sitz gehabt habe. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

17) **Railliet** (Paris). Sur les pyarthrites aigues des nourrisons. Revue d'orth. 1909. 2. p. 165.

Die Gelenkempyeme können Teilerscheinung einer allgemeinen Pyämie sein: ein Fall, wo durch Nabelinfektion gleich nach der Geburt Staphylococcenerysipel und Pyarthritis in mehreren Gelenken auftrat. (extrem selten!)



Ferner können sich eitrige Gelenkentzündungen auf dem Boden einer hereditären Syphilis entwickeln und durch sekundäre Infektion (Coryza, Fissuren, Papeln) zustande kommen: 2 Fälle, 2—3 Monate alte Kinder, einmal Streptococcenarthritis des linken Ellenbogens (gestorben), einmal Pneumococceninfektion des rechten Ellenbogengelenks (Heilung nach Arthrotomie). — Als Folgeerscheinung der Pneumonie hat R. bei einem acht Monate alten Kinde eine Arthritis der rechten und später der linken Schulter beobachtet, die beide nach Arthrotomien heilten. — Ein 26 tägiges Kind bekam eine eitrige Gonococcenarthritis, bei der eine Punktion zur Heilung genügte. — Schliesslich werden die Krankengeschichten von 6 Säuglingen mitgeteilt, die alle eitrige Arthritiden bekamen, ohne dass eine Eingangspforte zu finden war; alle heilten nach Punktion oder Arthrotomie. Vielleicht war manchmal eine Osteomyelitis die Ursache, wie in einem weiteren Fall bei der Arthrotomie direkt festgestellt werden konnte. — Bezüglich der Therapie rät R. in nicht allzuschweren Fällen zunächst die Punktion des Gelenks zu versuchen und bei nicht eintretender Besserung nicht zu lange mit der Arthrotomie zu warten. **Ewald**-Hamburg.

18) **M. Noel Fiessinger** (Paris). Des pyarthroses blénorrhagiques bénignes.

Journal des praticiens. 1908. Nr. 40, p. 629.

2 Fälle von der seltenen eitrigen gonorrhoischen Arthritis am Schultergelenk mit nachfolgenden septicaemischen Erscheinungen (Gonokokken im Blut). Die Gelenke werden trotz Fiebers und schwerer Allgemeinerscheinungen nicht operiert, sondern nur ruhig gestellt und ein bis zweimal punktiert, worauf Heilung ohne erhebliche Bewegungsstörung eintrat. **Ewald** - Hamburg.

19) **Willie Meyer.** Open air and hyperemic treatment as powerful aids in the manaquement of complicated surgical tuberculosis in Adults.

American journal of the medical sciences. Febr. 1908.

Trotz sorgfältigster Operation und Jodoformplomben ist es in manchem Falle von ausgedehnter Knochen tbc. nicht möglich, alles Kranke zu entfernen und die Wunden zum Schliessen zu bringen. M. hat nun bei solchen Fällen schöne Erfolge erzielt, indem er die Pat. wochenlang Tag und Nacht im Freien liess, unterstützt wurde die Behandlung nur durch Biersche Stauung und Saugen. **Mosenthal** - Berlin.



20) **Jerusalem** (Wien). Zur Behandlung von Kontrakturen und Ankylosen.

Zeitschr. f. orth. Chir. XXI. Bd. 1.—3. H. S. 265.

Verf. schildert die guten Erfolge, die er bei der Behandlung von Kontrakturen und Ankylosen speziell mit den grossen Bier-Klappschen Saugapparaten hatte. Er rühmt die Schmerzlosigkeit ihrer Wirkung und ihre genaue Dosierbarkeit. Zur Bestimmung der Exkursionsweite der Gelenke benutzt J. Messinstrumente, die er Arthrometer nennt. Es sind dies zwei Schienen, die scharnierartig mit einander verbunden sind und von denen die eine einen Gradbogen, die andere den Zeiger dazu trägt. Artikulation der Schiene und Zentrum des Gradbogens sind an gleicher Stelle. Durch federnde Spangen oder biegsame Bänder werden die Schienen an der Extremität fixiert und gestatten ein direktes Ablesen der Bewegungsbreite. Nach der Grösse der Gelenke muss sich auch die Grösse des Messinstrumentes richten.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

21) **P. Martin** (Lille). Technique générale du massage et son application particulière aux fractures.

L'écho médical du Nord. 1908. Nr. 42.

M. lobt bei der frischen Frakturbehandlung mit Massage namentlich das schnelle Aufhören der Schmerzen und der Schwellung, sowie die schnelle Wiederherstellung der Funktion. Die Regeln, die er für die praktische Durchführung der Behandlung gibt, sind dem Werke von Lucas-Championnière (traitement des fractures par le massage et la mobilisation (1895) entnommen und entsprechen den in Deutschland üblichen. Grosses Gewicht wird auf die sofortigen passiven und aktiven Bewegungen der Gelenke gelegt, die der Frakturstelle naheliegen. Von sonstigen Hilfsmitteln kommt gewöhnlich nur noch eine Flanellbinde in Frage, ferner ein Armtuch für die obere und 2 Sandsäcke für die untere Extremität; für Femurfrakturen eventuell noch der Streckverband.

Eine Kontraindikation der Massage ist nur dann gegeben, wenn die Beweglichkeit der Frakturfragmente eine funktionsstörende Deformierung der Knochen erwarten lässt, oder wenn die Haut wegen Verletzungen, Entzündungen oder Blasenbildungen nicht massierbar ist. Beschreibung des Verfahrens bei den einzelnen Knochenbrüchen, sowie bei Luxationen, Kontusionen und Distorsionen der Gelenke, auch bei Hydarthros und Haemarthros.

Ewald-Hamburg.



22) **E. G. Beck** (Chicago). Diagnose, chirurg. Behandlung und Verhütung von Fistelgängen und Abszesshöhlen.

Bruns Beiträge zur klin. Chir. 62 Bd. H. 2. p. 411.

Zunächst gibt B. eine Uebersicht über die bisher mit der Wismuthpaste behandelten Fälle von Fistelgängen. U. a. konnte er bis Oktober 1908 162 Fälle sammeln, von denen 64% geheilt, 28,5% gebessert wurden und nur 6% ungebessert blieben und 1,5% starben.

B. verwendet zweierlei Mischungen. 1. eine 33% Wismuth-Vaselinpaste für Diagnose und erste Behandlungszeit. 2. eine Mischung von 30 Tl. Bi. subntr., 5 Tl. weiss. Wachs, 5 Tl. Paraffin (Schmelzpunkt 49°) und 60 Tl. Vaselin für die spätere Behandlung. Eine Glasspritze ähnlich den Harnröhrenspritzen wird zur Injektion verwendet. Die Zahl der Injekt. hängt von dem Erfolg ab, und sollen diese nur in Intervallen von 5—10 Tagen wiederholt werden. Die Wismuthpaste wird langsam resorbiert, und bindegewebig organisiert, ihre Heilwirkung beruht auf ihrer bakteriziden Eigenschaft. Bis zu 100 gr. der 33% Paste üben keine toxische Wirkung aus, höhere Dosen können die Vergiftungserscheinungen von metall. Wismuth, (ulceröse Stomatitis etc.) hervorrufen. Nitritvergiftungen kommen dabei nie vor. Indiziert ist die Wismuthinjektion bei allen, besonders aber Tbc. Fisteln und Abszesshöhlen (auch Nebenhöhlen der Nase), kontraindiziert bei Gallen- und Pankreasfisteln und solchen, die mit dem Schädelinnern kommunizieren. Bei Nachbarschaft grosser Venen Vorsicht! Die Methode soll die früheren nicht verdrängen, erscheint aber als wesentlicher Fortschritt in der Behandlung der hartnäckigen Leiden, zu denen die Fisteln und Abszesshöhlen gehören.

Balsch-Heidelberg.

23) **Beck** (Chicago). Toxic effects from bismuth subnitrat.

The journal of the american medical association. 1909 Nr. 1.

Besprechung der Schädlichkeiten des bismut. subnitr., das Beck seinerzeit in grossen Mengen zur Röntgenophotogr. eingab, wegen welcher er ein anderes Bismutpräparat speziell bei Patienten mit intestinalen Leiden empfiehlt: per os in kleinen Dosen ist das bis. subn. harmlos, in grössen Dosen verursacht es Nitritvergiftung (Cyanose, Collaps, Methaemoglobinurie), rectale Einführung verursacht diese Symptome viel rascher und schwerer, Kinder sind mehr empfindlich als Erwachsene. Intestinale Katarrhe werden verschlimmert, nach Injection von grossen Dosen in eitrige Höhlen können milde Vergiftungserscheinungen auftreten. Das Bis. wird allmählich resor-



biert und findet sich in Leber, Milz, Muskeln und den Eingeweiden wieder. Schwarze Ränder am Zahnfleisch, Ulceration der Darmmucosa, Diarrhöe, desquamative Nephritis kann noch nach Wochen eintreten. Die akute Vergiftung ist scharf von der chronischen zu scheiden.

Mosenthal-Berlin.

24) **Goyanes.** Un nuevo método de anestesia regional.

Revista Clinica de Madrid. Bd. 1. Nr. 1.

G. beschreibt eine neue Methode der lokalen bezw. regionären Anaesthesie; dieselbe besteht darin, dass das Anaestheticum in das die betr. Region hauptsächlich versorgende arterielle Gefäss injiziert wird. Im einzelnen gestaltet sich der Vorgang so, dass nach Anlegung des Esmarchschen Schlauches unter gewöhnlicher Lokalanaesthesie ein kleiner Schnitt gemacht und die in Betracht kommende Arterie aufgesucht wird. Darauf wird die Lösung mit möglichst dünner Nadel eingespritzt. G. verwandte Novocain in ½ %-Lösung und injizierte 50—100 Gr. Es wurden bisher nur vier grössere Operationen ausgeführt, eine Narbenexzision der Hand mit Sehnennaht (Injektion in die Radialis), zwei Oberarm-Amputationen (Injektionen in die Brachialis) und eine Oberschenkel-Amputation (Injektion in die Cruralis).

Stein-Wiesbaden.

25) **Langemak.** Eine neue Beckenstütze.

Zentralblatt für Chirurgie. 1909. Nr. 11.

Das Prinzip der neuen Stütze ist das, dass der Lagerungsteil die Form des Sattelknopfes bezw. des vordersten Sattelteils hat. Der Lagerungsteil ist geschweift und legt sich somit den Formen des Dammes genau an. Dieser wird mit dem Sattelteil an die gewöhnliche Führungsstange gesteckt. Von dem Sattelteil gehen durch einen Schlitz gespreizt Nessel- oder Filzstreifen über das Kissen des Lagerungsbänkchens und werden dort am Kopfteil durch Haken stramm befestigt. So liegt der Patient nicht nur mit dem Kreuzbein auf den Streifen, sondern auch auf beiden Gesässhälften und hat somit das Gefühl bedeutend erhöhter Sicherheit. Nach Anlegen des Verbandes können die Streifen aus dem Verband gezogen werden oder auch darin verbleiben.

Meyer-Heidelberg.

26) **Fischer.** Mediko-mechanischer heilgymnastischer Universalapparat.

Deutsche militärärztl. Zeitschr. 1909. Heft 6.

Kurze Beschreibung des Apparates, der in praktischer, einfacher Ausführung die wichtigsten Apparate der Heilgymnastik in



sich vereinigt und sich für Lazarette, kleinere Krankenhäuser bei seinem billigen Preise (160 Mk. bei Ed. Barthels, Frankfurt a. M., Wittelsbachallee 2) gut eignen dürfte.

Der Apparat enthält: 1. Apparat zu Uebungen des ganzen Körpers, 2. zur Steigbewegung, 3. zur Sägebewegung, 4. zur Ruderbewegung, 5. für Ober- und Unterschenkel-Behandlung im Sitzen, 6. für Tretbewegung, 7. zur Hüftgelenks- und Fussgelenksrollung, 8. zur Hüftgelenks- und Fussgelenksdrehung, 9. zum Ueben des Uebersteigens, 10. Haken zum Aufhängen des Sayreschen Schwebe-Apparates, 11. Querbalken zum Turnen, 12. Satz von 5 Walzen zu Handübungen, 13. Apparat für Vorderarmdrehung, Hand- und Ellenbogengelenkbewegung, 14. zu Fingerspannübungen und zur Bestimmung der Reichhöhe, 15. zu Greifübungen in die Höhe, 16. Fingerpendelapparat, 17. Apparat zur Kräftigung der Finger, 18. zum Raddrehen, 19. zur Hebeldrehbewegung, 20. zur Messung der Körperhöhe, 21. Winkelmass, 22. Stabübungen.

Meyer-Heidelberg.

27) **Ortiz de la Torre.** Accidentes del trabajo.
Reviste Clinica de Madrid. Bd. I. Nr. 2 v. 15. 1. 09.

O. kritisiert in längerer Abhandlung das seit dem Jahre 1900 eingeführte spanische Unfallversicherungsgesetz und stellt Vergleiche mit den Gesetzen anderer Länder über diese Materie an. — Er hält die freie Arztwahl für nicht empfehlenswert; im besonderen wird die im spanischen Gesetz bestehende Bestimmung sehr abfällig besprochen, nach welcher unmittelbar nach dem Unfall ein genauer Bericht, der die ganz detaillierte Diagnose und auch die Prognose enthalten muss, von dem Arzte geliefert werden muss.

Stein-Wiesbaden.

28) **Hurtado.** De como los rayos Roentgen, liciendo la verdad pueden inducir al error. (Wie die Röntgenstrahlen, die die Wahrheit sagen, zum Irrtum verleiten können.)
Reviste Ibero-Americana de Ciencias Médicas. März 1908. Bd. 19. Nr. 53.

Ein 12jähriger Knabe hatte einen Fall auf den r. Arm erlitten; im Anschluss hieran entwickelte sich eine chronische Entzündung der Gegend des Ellenbogengelenkes, welche zur Fistelbildung führte. H. untersuchte den Arm wiederholt mit dem Leuchtschirm und schloss eine Erkrankung der Knochen mit positiver Sicherheit aus, weil irgend eine Besonderheit im Knochenschatten nicht zu sehen war. Als aber nach mehrwöchentlicher konservativer Behandlung eine Besserung nicht eintrat, entschloss man sich trotz



des Röntgenbefundes zur Operation — und fand den oberen Teil der Ulna vollkommen nekrotisch. H. rät daher, was wohl ziemlich selbstverständlich ist, dass man sich nie mit der Durchleuchtung begnügen solle, da die Bromsilberplatte Unterschiede zeigt, die das menschliche Auge nicht erkennen kann und auch in diesem Falle den Sequester sofort wiedergegeben haben würde.

Stein-Wiesbaden.

29) **Hoffmann.** Ein Beitrag zur Kenntnis der isolierten Kompressionsfrakturen der Wirbelsäule.

Diss. Kiel. 1909.

Der Arbeit liegen zwei, zur Sektion gekommene Fälle von Wirbelsäulenbruch zu Grunde, bei denen aber der Bruch nicht die Ursache des Todes gewesen war. In dem einen Falle war sogar bei Lebzeiten der Wirbelbruch nicht diagnostiziert und der Patient wurde lange Zeit hindurch als Simulant angesehen, bis die Sache durch die Sektion aufgeklärt wurde. Bei dem andern Fall wurde eine Fraktur des 12. Brustwirbels festgestellt und die vier Jahre später angenommene Sektion bestätigte die Diagnose. Es hatte sich um eine Kompressionsfraktur gehandelt. Der erste Fall war noch insofern interessant, als sich keine, sonst bei derartigen Rückenverletzungen in der bei weitem grössten Mehrzahl der Beobachtungen auftretende Quetschung und Erweichung vorfand, sondern eine exquisit chronisch verlaufende Erkrankung, keine Entzündung, sondern eine Degeneration. Nach eingehender Besprechung dieser beiden Fälle beschreibt H. die Arten und das Vorkommen, sowie den Mechanismus der Entstehung der Wirbelkörperbrüche unter besonderer Berücksichtigung der Kompressionsfrakturen.

Blencke-Magdeburg.

30) **A. Hoffmann.** Die isolierten Frakturen der Lendenwirbelquerfortsätze.

Bruns Beiträge zur klin. Chir. 62. Bd. 2. H. S. 385.

H. bringt eine genaue Beschreibung von 2 Fällen isolierter Frakturen der Lendenwirbelfortsätze aus der Greifswalder chirurg. Klinik. Im 1. Fall Frakturen der Querfortsätze der 4 oberen Lendenwirbel rechts, im 2. Fall Querbruch an der Basis des 5. Lendenwirbels. Aetiologisch kommt nach H. nur indirekte Gewalteinwirkung durch Muskelzug des Psoas und Quadratus lumbor. in Betracht. Symptomatisch kommt besonders die Bewegungshemmung in den Richtungen, in denen die genannten Muskeln



gedehnt werden, und die Abflachung auf der kranken Seite bei Beugung nach vorne in Betracht. Retroperitoneales Hämatom kann peritoneale Reizerscheinungen vortäuschen. Therapie: Ruhe, später Massage event. Exzision der Fragmente.

Baisch-Heidelberg.

31) **F. Leguen.** Fracture avec luxation de la colonne vertébrale.

Revue d'orthop. 1909. Nr. 2, p. 147.

Auf den Rücken eines knieenden Arbeiters fiel eine schwere Last. Gleich darauf Lähmung des rechten Unterschenkels und Fusses, die aber bald zurückging. Nach drei Monaten guter Gang, doch war die Wirbelsäule im Lendenteil stark nach links verschoben. Links konvexe Lumbalskoliose. Das Röntgenbild ergibt eine Kompressionsfraktur des fünften Lendenwirbels. Der vierte Lendenwirbel ist auf dem fünften zur Hälfte nach links subluxiert. Sehr geringe Bewegungsstörung. **Ewald**-Hamburg.

32) **von Assen** (Berlin). Eine seltene Verletzung der Wirbelsäule.

Zeitschr. f. orthop. Chir. XXI. Bd. 1.—3. H. S. 117.

Verf. berichtet über einen Pat., der sich durch Fall auf den Kopf einen Bruch des Atlas und eine Fraktur des Proc. odontoideus des Epistropheus zugezogen hatte. Als Symptome bestanden eine Seitenverschiebung des Kopfes und skoliotische Verbiegung der Halswirbelsäule, ausserdem Behinderung der Kopfbewegungen und als einziges Zeichen einer Mitbeteiligung des Nervensystems Occipitalneuralgien. Unter Heranziehung der wenigen bisher in der Literatur veröffentlichten gleichartigen Fälle kommt Verf. in bezug auf die Therapie zu dem Schlusse, dass bei frischer Fraktur Ruhigstellung, am besten in permanenter Extension, das empfehlenswerteste Verfahren sei. Auch zur Nachbehandlung solcher Fälle ist eine Stützkravatte angezeigt. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

33) **Beevor.** Remarks of the movements of the trunk in hemiplegia.

British medical Journal. 1908. Nr. 2519.

B. will in dieser Arbeit zeigen, dass in manchen Fällen von Hemiplegie (z. B. bei linkss. L.) die Rumpfmuskeln jeder Seite schwach funktionieren, wenn sie linksseitige Bewegungen ausführen, während dieselben Muskeln normal arbeiten bei rechtsseitigen Bewegungen. Sass der Patient, an dem er die Beobachtung machte



und der links gelähmt war, in vertikaler Stellung, so fiel der Körper nach links. Aus dieser Stellung konnte Pat. sich nicht in die vertikale Position zurückbringen, sass er dagegen so, dass der Schwerpunkt rechts vom Körper fiel, so konnte er sich in dieser Lage halten. **Mosenthal**-Berlin.

34) **F. Schurig** (Dresden). Erklärung der rachitischen Residuen am Brustkorb Erwachsener.

Münch. med. Woch. 1909. Nr. 10, p. 512.

Die muldenförmige Einziehung unterhalb der rechten Mamilla kommt nach Sch.'s Ansicht dadurch zustande, dass das rachitische Kind auf dem linken Arm getragen wird, wobei es mit der rechten Hand von der Wärterin von vorn her unterstützt wird. Dabei kommt der Daumen auf den V. Interkortalraum zu liegen und drückt die weichen Rippen allmählich ein. **Ewald**-Hamburg.

35) **Fr. Härtel** (Berlin). Ueber die Rückgratsverkrümmungen bei Tieren, insbesondere bei unseren Hausvögeln.

Deutsche Zeitschr. für Chir. 98. Bd. 2—3. H. p. 277.

Durch Studium des pathologischen Museums der Charité (Berlin) und durch Abkommen mit Geflügelhändlern und -Züchtern ist es Verf. gelungen, nachzuweisen, dass die Skoliose im Wirbeltierreich durchaus keine ganz seltene Erkrankung ist, dass sie schon bei den niederen Formen wie Schlangen und Fischen vorkommt. Bei den vierfüssigen Säugetieren wird sie im ganzen nur selten beobachtet, dagegen kommt sie bei den Hausvögeln, insbes. den Hühnern verhältnismässig häufig und zwar als ein scharf charakterisiertes Krankheitsbild vor, das in Anatomie und Aetiologie gewisse Analogien mit der menschlichen Skoliose bietet. Aetiologisch kommen nach Verf. erstens kongenitale Wirbelanomalien und zweitens eine Insuffizienz des Skeletts, die die Skoliose als eine Art Belastungsdeformität bedingt, in Betracht. Anatomisch ist das häufigste Krankheitsbild eine dorsosacrale Kyphoscoliose. Gegenkrümmungen sind meist nur wenig ausgebildet. Die Skoliose ist dabei mit starken konvexseitigen Torsionserscheinungen verbunden, die starke Deformitäten bedingen. **Balsch**-Heidelberg.

36) **Nath. Allison.** Congenital scoliosis.

Americ. journ. of orth. surg. 1908. Bd. VI, 2.

Ein 6 jähriges Mädchen, dessen Mutter eine schwere Skoliose hatte, kam schon mit einer leichten Lumbalverkrümmung auf die



Welt. Mit den Jahren vergrösserte sich die Krümmung, auch trat im Dorsalteil der Wirbelsäule eine kompensatorische Skoliose auf. Die Lumbalkrümmung war fixiert. Das Röntgenbild ergab einen Defekt im rechten Ileosakralgelenk und eine deutliche Deformität des letzten Lenden- und ersten Sakralwirbels. Behandlung: Erhöhung der konvexseitigen unteren Extremität — Zelluloidkorsett in überkorrigierter Stellung — Uebungen. Nach 2 Monaten ist die allgemeine Haltung beim Stehen schon „sehr gebessert“.

Ewald-Hamburg.

37) **Prieto.** Razonamiento etiológico para explicar el tratamiento de la escoliosis. (Die Behandlung der Skoliose nach ätiologischen Momenten.)

Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas. Bd. 20. Nr. 57.

P. bespricht in ausführlicher Weise alle bisher über die Aetiologie der Skoliose aufgestellten Theorieen. Er selbst steht auf dem Standpunkte, dass es sich in jedem Falle um eine Störung der Muskelfunktion handelt, der äussere oder innere Ursachen zu Grunde liegen. Zu den inneren Ursachen rechnet er: 1. einseitige Lähmungen, 2. Paresen, 3. Atrophieen und Degenerationen der Muskulatur, 4. übermässige Inanspruchnahme eines Armes (? Ref.); äussere Ursachen sind: 1. ungleiche Beinlänge, 2. schlechte Haltung in der Schule, 3. Myopie. — Diese Einleitung ist, wie man sieht, ziemlich verwirrt. — Für die Behandlung werden drei Stadien der Erkrankung unterschieden: 1. Die Deformität ist eben im Beginn und noch vollkommen heilbar. 2. Die Deformität besteht seit wenigstens zwei Jahren und kann nicht mehr völlig behoben werden, was aber noch zu keiner weitgehenden Schädigung der Brustorgane geführt, sie kann noch im Fortschreiten aufgehalten werden. 3. Die Deformität ist schon soweit fortgeschritten, dass der Kranke kaum mehr gehen kann (? Ref.); es bestehen bereits schwere Schädigungen der vollkommen dislozierten Brusteingeweide. Die Behandlung des ersten Stadiums besteht in dreimal täglich wiederholten autogymnastischen Uebungen von je einer halben Stunde, in Uebungen an hängenden Ringen und Verordnung der schiefen Ebene. Im zweiten Stadium gibt P. einen aus Beckengürtel und Strebespangen konstruierten Stützapparat, abgesehen von den Uebungen; im dritten Stadium wird besonderes Gewicht auf die Behandlung der sekundären Erkrankungen gelegt und ausserdem ein festes Lederkorsett verordnet.

Stein - Wiesbaden.

38) **Schanz.** Kann Gymnastik in der Skoliosenbehandlung schädlich wirken?

Archiv für klin. Chirurgie. Bd. 88. H. 4.

Angeregt durch die Veröffentlichungen Chlumskys berichtet Sch. über seine Erfahrungen. Sch. hat in seiner Skoliosentherapie die Gymnastik eingeschränkt. Er sieht in ihr nur ein Hilfsmittel, den skoliosierenden Prozess aufzuhalten oder auszutilgen. Er bemerkte, dass einer Anzahl Kinder die Gymnastik schlecht bekommt, dass sie auf das Allgemeinbefinden und auch auf die Skoliose schädlich einwirkt. Prognostisch gibt ihm in dieser Beziehung die „Insufficientia vertebrae" einen Anhalt. Bei starken Reizerscheinungen von seiten der Wirbelsäule sind zunächst durch Ruhigstellung und Entlastung diese völlig oder bis auf geringe Reste zu beseitigen, bevor eine ganz vorsichtig und allmählich zu beginnende Gymnastikkur einsetzen darf. Die Fälle, in denen nur mittlere Grade von Reizerscheinungen vorhanden sind, vertragen nur geringe Portionen, und nur bei Patienten ohne Reizerscheinungen kann eine energische Gymnastikkur von vornherein eingeleitet werden.

Meyer-Heidelberg.

39) **A. S. Barclay** (Manchester). Radiogramm of tubercular disease of the spine with caseous deposit in an old psoas abscess.

Archives of the Roentgen ray (1909 Mai).

Bei der 26jährigen Frau, die wegen vermuteter Nierensteine radiographisch untersucht wurde, fand sich ein verkalkter alter Abszess, der vom I.—III. Lendenwirbel ausging und sich auch im Verlauf des Psoas nach unten erstreckte. Kein Gibbus, keine Bewegungsstörung. Pat. war als Kind von der Treppe gefallen und hat darauf wegen Rückenschmerzen drei Monate im Bett gelegen; von einer Wirbelsäulenentzündung wusste sie nichts.

Ewald-Hamburg.

40) **Kirmisson.** (Paris). De l'ostéomyélite vertébrale. (La presse médicale, 1909. Nr. 38).

Die osteo-myelitische Erkrankung der Wirbelsäule ist eine seltene Krankheit, es ist aber von Wichtigkeit dieselbe gegebenen Falles zu erkennen, um die richtige Behandlung vornehmen zu können. Am häufigsten wird dieselbe mit Wirbeltuberkulose verwechselt, was um so leichter ist, als viele Fälle vollkommen fieberlos verlaufen. Der plötzliche Beginn und der rasche Verlauf sind aber meist charakteristisch, ebenso auch die längliche Form des



Abszesses im Gegensatze zu den Pottschen Abzessen, die gewöhnlich rund sind. Ein weiteres Zeichen ist der kollaterale Kreislauf, der sich in Folge der Störungen der Zirkulation in den Wirbelkörpern kundgibt.

Meist tritt die Osteomyelitis der Wirbelsäule in der Lendengegend auf, doch wurde dieselbe, wenn auch seltener, an der Hals- und Rückenwirbelsäule beobachtet. Am schwersten verläuft die subokzipitale Osteomyelitis, was durch die Nähe des Bulbus und Gehirnes zu erklären: Für die anderen Gegenden ist es massgebend, ob der Abzess im Wirbelkörper oder im Bogen seinen Sitz hat. In ersterem Falle ist der Verlauf ein unvergleichlich schwererer, es kann zum Durchbruche in innere Organe und zu Pyohaemie kommen.

Bakteriologisch beruhen die meisten Fälle auf Infektionen mit Staphylokokkus aureus, seltener mit Streptokokken oder anderen Mikroorganismen, Uebermüdung, Kälte, frühere Infektionen spielen ätiologisch eine gewisse Rolle.

Die Behandlung besteht vor Allem in breiter Eröffnung des Abzesses und Kauterisierung desselben mit reiner Karbolsäure, gefolgt von Neutralisierung mit Alkohol und Drainierung. Man vermeide jeden Eingriff an den Knochen, da dies gefährlich und nutzlos ist.

E. Toff-Braila.

41) **G. B. Packard** (Denver). Report of cases of typhoid spine.

Americ. journ. of orthop. surgery 1908. Bd. VI, 2.

Fünf Fälle von Steifigkeit und Schmerzen im Rücken sowie Muskelrigidität, sämtlich entstanden ca. 8—10 Wochen nach einem Typhus abdominalis. Ein Gips- oder Schienenkorsett brachte schon nach vier Wochen erhebliche Besserung; es wurde 10—12 Monate lang getragen, bis die Schmerzen ganz aufhörten. Ein Rezidiv wurde nicht beobachtet, ebenso keine Deformität.

P. glaubt die Annahme einer neurotischen Ursache der Krankheit zurückweisen zu müssen, mehr Berechtigung hat nach seiner Meinung die Theorie einer infektiösen Arthritis.

Ewald-Hamburg.

42) **J. K. Young** (Philadelphia). Aktinomycosis of the ribs and vertebrae.

Americ. journ. of orth. surgery 1908. Bd. VI, 2.

Ein 39jähriger Mann, der sich in den besten Lebensverhältnissen befand, bekam vor zwei Jahren eine schmerzhafte Schwellung an der linken Schulter- und Nackenseite. Eine Inzision brachte



keine Heilung. Da nach dem Röntgenbild die Erkrankung von zwei Rippen auszugehen schien, so wurden hier die kranken Stellen exkochleiert. Bei der Untersuchung wurde der Strahlenpilz gefunden. Einige Monate später griff die Krankheit auch auf die rechte Seite über und der Pat. ging an Pyämie zu Grunde. Die Sektion ergab multiple Abszesse im Muskelgewebe sowie unter dem Periost des 1. Hals- bis 1. Lendenwirbels. Die ganzen Wirbel waren destruiert und atrophisch. An verschiedenen Stellen sah man die typischen Drusen der Aktinomykose. **Ewald-Hamburg.**

43) **Rettig.** Ueber Caput obstipum musculare.

Diss. Halle. 1909.

R. bespricht zunächst die drei bekannten Theorien über die Aetiologie des Schiefhalses, unterzieht sie einer eingehenden Kritik und charakterisiert den heutigen Stand der Schiefhalsfrage mit folgenden drei Sätzen:

1. Es gibt unzweifelhaft intrauterin entstandene, also wirklich angeborene Fälle von Caput obstipum musculare. Welchem Faktor sie ihre Entstehung verdanken, ist zur Zeit noch nicht unbedingt sicher gestellt. Wahrscheinlich aber ist die Aetiologie dieser Fälle keine einheitliche.

2. Traumen, z. B. Einrisse und Zerreissungen des Muskels können unter bestimmten Voraussetzungen Schiefhals zur Folge haben und Muskelzerrungen und -Dehnungen durch die anschliessende Myositis fibrosa zum Torticollis Veranlassung geben.

3. Die Entstehung des Caput obstipum durch haematogene Infektion eines Sternocleidomastoideus ist absolut unbewiesen und auch nicht wahrscheinlich.

Im zweiten Teil seiner Arbeit berichtet R. dann über seine Untersuchungen, die er an einem sehr charakteristischen Fall von Caput obstipum musculare congenitum im pathologischen Institut zu Halle machen konnte und auf Grund deren er nicht ansteht, dem Prozess den Namen einer Myositis fibrosa zu geben, die sicher längst vor der Geburt begonnen, sich schubweise im erkrankten Muskel abgespielt hat. Leider konnte er aus den Präparaten nicht mehr ersehen, welcher Aetiologie dieselbe war, da die Veränderungen im Muskel schon zu weit vorgeschritten waren.

Blencke-Magdeburg.

44) **Léniez.** Un cas de luxation congénitale de l'épaule.

Rev. d'orth. 1909. 2. p. 158.

Der 7jährige Junge hat seit seiner Geburt eine Bewegungs-



behinderung in der linken Schulter. Es wurde im ersten Jahre die Diagnose auf Plexuslähmung gestellt und eine -- vergebliche, achtmonatige Massagebehandlung eingeleitet. Der Oberarmkopf ist nach unten luxiert, die Schulter- und Oberarmmuskulatur sehr abgemagert. Die Abduktion ist nur um 45⁰ möglich, die Aussenrotation gar nicht. Die Sensibilität ist überall erhalten, elektrisch sind sämtliche Muskeln erregbar. Daher kann es sich um eine Plexuslähmung nicht handeln. Das Röntgenbild zeigt deutlich die auch klinisch festzustellende Luxation. Ursache nicht aufzufinden, Behandlung keine.

Ewald-Hamburg.

45) **Turner Thomas.** Habitual or recurrent anterior dislocation of the shoulder.

The american Journal of medical sciences. Febr. und März 09.

In dieser äusserst fleissigen Studie bearbeitet Verf. in erschöpfender Weise auf Grund zahlreicher eigener Beobachtungen, vieler Leichenversuche und unter ausführlicher Heranziehung der einschlägigen Literatur das Gebiet der habituellen vorderen Schulterluxation. Er kommt im Gegensatz zu anderen Autoren zu dem Resultat, dass der Kapselriss, der gewöhnlich am unteren vorderen Rand zwischen langem Bizepskopf und Trizepskopf oben liegt, und bei der ersten Luxation entstanden ist, das ausschlaggebende Moment für die habituelle Luxation ist. Derselbe fehlt niemals, während die anderen Verletzungen, wie Pfannenabriss, Riss im Supra- und Infraspinatus häufig nicht vorhanden sind und selbst bei ihrem Vorhandensein ohne Kapselriss nie zur habituellen Luxation führen. Die erweiterte Kapsel ist in erster Linie durch die neue Gewebsfläche bedingt, die in dem Kapselriss entstanden ist und nicht das Resultat von Erschlaffung derselben. Es besteht also stets eine vordere hernienartige Tasche der Kapsel an der Stelle der Verletzung, und dementsprechend ist auch die operative Verkürzung oder Raffung der vorderen Kapselpartie, bei der ev. abgesprengte Knochenstücke entfernt werden können, die einfachste, beste und, was das Resultat anbetrifft, sicherste Methode zur Heilung. Sind die Rissränder noch auffindbar, so sollen sie exakt vernäht werden. Der Verkürzung der Kapsel soll eine Exzision eines Stückes der Kapselwand vorangehen.

Die Lektüre der Originalarbeit, die über alle Einzelheiten, namentlich der Pathologie (mit zahlreichen Abbildungen) und Therapie Aufschluss gibt, kann sehr empfohlen werden.

Mosenthal - Berlin.



46) **Willmanns.** Zur Frage der habituellen Schultergelenksluxation.

Zentralblatt für Chirurgie. 1909. Nr. 12.

Fall I. 21 jähr. Student mit 2 Jahre bestehender habitueller Schultergelenksluxation. Röntgenologisch zeigen sich Absprengungen am Tuberc. majus. Therapie: Freilegung der Kapsel von vorn, Exzision eines elliptischen Stückes aus der erweiterten Kapsel und feste Naht der so verkleinerten Kapsel mit Katgut. Wiederherstellung voller Funktionsfähigkeit.

Fall II. 33 jähr. Zementarbeiter, dessen Leiden mehrere Jahre besteht. Im Röntgenbild zeigen sich Bruchstücke am inneren unteren Pfannenrand. Therapie: Eröffnung der Kapsel durch einen 3—4 cm langen Schnitt von vorn und Wiedervernähung in der Weise, dass der eine Schnittrand 1 cm über den anderen mit Seide hinübergenäht wurde. Beginn der Bewegungsübungen nach 3 Wochen. Kein Rezidiv.

W. fasst als Ursache der habituellen Luxation die Kapselerweiterung auf. Diese entsteht sekundär aus anderweitigen Veränderungen, wie z. B. weil durch Abreissen der Aussenroller mit oder ohne Stücke des Tuberculum ein klaffender Riss in der Kapsel entstand, der durch anderes Gewebe ersetzt wurde, ferner weil durch Ablösung der Kapsel am Pfannenrande und Unterminierung des Skapulaperiosts der Kapselraum vergrössert wurde etc. W. hält deshalb die Kapselverengerung allein, abgesehen von besonders indizierten Fällen mit groben Gelenkveränderungen, für völlig therapeutisch ausreichend. Meyer-Heidelberg.

47) **David Silver** (Pittsburgh). Paralysis of the shoulder, with especial reference to its mechanical treatment.

Americ. journ. of orth. surg. 1908. Bd. VI, 2.

Die Lähmung der Schultermuskulatur ist auf eine Plexus-brachialis-Lähmung bei der Geburt oder auf eine Poliomyelitis zurückzuführen. Nach dem Vorgang von Taylor, H. O. Thomas und Jones (Liverpool) rät S., den gelähmten Schultermuskeln, die sich eventuell z. T. wieder erholen können, von Anfang an die grösstmöglichste Erschlaffungsstellung zu geben, damit sie sich retrahieren können. Da der Deltoideus und die anderen Schultermuskeln durch das Herunterhängen des Arms überdehnt und darum auf jeden Fall funktionsunfähig werden, so muss zur Entspannung dieser Muskeln der Arm abduziert, eleviert und nach aussen rotiert werden. Dies geschieht, wenn man bei seitwärts erhobenem Arm



die Hand auf den Kopf legt und den Arm mittels einer Gips- oder Eisenschiene, die von dem Thorax über den Ellenbogen bis zum Unterarm reicht, in dieser Stellung fixiert. Diese Schiene muss mehrere Monate (6—18!) ständig getragen werden und wird nur zur täglichen Massage, Elektrisierung und Uebungen abgenommen. Doch muss bei diesen Manipulationen der Oberarm ständig mindestens eine horizontale Lage einnehmen. Nachdem die gewünschte Retraktion der Muskeln erreicht ist, soll man gradatim die Abduktion des Arms in der Schiene vermindern, nachts darf dann die Schiene wegbleiben. Die Nachbehandlung muss noch lange fortgesetzt werden. — Ist die Lähmung der Schultermuskeln eine vollständige, so wird natürlich der Erfolg dieser Schienenbehandlung nur ein mässiger sein, doch ist diese Behandlung trotzdem zweckmässig als Vorbehandlung für eine Muskelüberpflanzung oder Arthrodese. — Drei Fälle (Kinder von 4½—11 Jahren, bei denen die Lähmung mehrere Jahre zurückliegt). Resultat: Arm kann in allen Fällen bequem bis zur Horizontalen aktiv gehoben werden. **Ewald**-Hamburg.

48) **Angel.** Algo sobre traumatismos del codo y su tratamiento. (Traumen des Ellenbogens und ihre Behandlung.)

Reviste Ibero-Americana de Ciencias Médicas. Bd. XX. Nr. 50.

In der sehr ausführlichen Abhandlung wird das Zustandekommen der Versteifungen nach Verletzungen des Ellenbogengelenks genau besprochen und der Weg gezeigt, wie diese durch geeignete Behandlung zu verhüten sind. A. unterscheidet zwei Arten der Ankylose, die exsudative und die rein muskuläre. Die exsudativen Ankylosen zerfallen dann wiederum in die primären oder hämorrhagischen, und die sekundären oder osteocartilaginösen. Wenn in manchen Lehrbüchern steht, dass die Haemorrhagie spontan resorbiert wird, so ist dies falsch. Höchstens werden Serum und Blutkörperchen resorbiert, das Fibrin aber bleibt stets zurück und ist dann der Grund zur Versteifung. Die osteocartilaginöse Ankylose ist proliferativer Natur und hat ihren Grund in der durch irgend einen Reiz veranlassten Neubildung von Knorpel- oder Knochengewebe. Alle diese exsudativen Ankylosen sind ohne weiteres zu erklären und leicht verständlich; naturgemäss kommen sie nur nach schweren Traumen zur Beobachtung. — Viel unklarer aber ist die zweite Art von Versteifungen, die nach schweren wie auch nach verhältnismässig ganz geringfügigen Traumen vorkommen, die rein muskulären Ankylosen. Sie sind bei leichten Traumen dadurch charakterisiert, dass sie in der Narkose vollkommen schwinden,

sich aber nachher sofort wieder einstellen, und dass der Röntgenbefund dabei vollkommen negativ ist. Diese Ankylosen sind Reflexkontrakturen, die dadurch zu Stande kommen, dass das Gelenk unmittelbar nach dem Trauma, wenn es schmerzhaft ist, in eine gewisse Ruhestellung gebracht wird, und dass sich in der Psyche des Kranken auf der einen Seite die Vorstellung von Schmerzlosigkeit in dieser Stellung und auf der anderen Seite von Schmerzempfindung bei Verlassen der betr. Stellung derart befestigt, dass sich beim geringsten Versuch der Bewegung reflexartig die Muskelkontraktur einstellt.

Die Behandlung jeder, auch der scheinbar geringfügigsten Verletzung der Ellbogengelenksgegend soll mit genauester Palpation und Röntgenuntersuchung beginnen. Bei Kindern muss man ersterer sogar den Vorzug lassen, da die Röntgenbilder, solange die Ossifikation nicht beendet ist, zu schweren diagnostischen Irrtümern führen können. Im Zweifelsfalle ist stets die gesunde Seite vergleichsweise zu photographieren. Nachdem die Verletzung des Knochens, wenn eine solche vorlag, eingerichtet ist, wird in vollkommen gestreckter Position ein Gipsverband angelegt, der von der Schulter bis zu den Fingerspitzen reicht und zwei Fenster im Bereich des Ellbogengelenks hat. Letztere werden in Anbetracht der in den ersten 24 bis 48 Stunden nach dem Trauma zu erwartenden Schwellung vorgesehen; ausserdem kann man auch durch sie kühlende Kompressen applizieren. Am 5. oder 6. Tage wird der Verband aufgeschnitten und nunmehr ein neuer Gipsverband angelegt, der aus 2 Schalen besteht und dessen Position sich nach der vorliegenden Verletzung richtet und daher sehr verschieden sein kann. Handelt es sich um eine einfache Kontusion, Bandzerreissung oder Fissur, so wird der Verband in rechtwinkliger Stellung des Ellbogengelenks angelegt; aber auch hier reicht er wieder von der Schulter bis zu den Fingerspitzen. — Es werden nun täglich aktive und passive Bewegungen gemacht, und unter gar keinen Umständen dürfen diese auch nur einen einzigen Tag ausgesetzt werden. Die jedesmalige Uebung soll 15—20 Minuten dauern. A. bedauert, dass keines der bekannten lokalanaesthetischen Mittel bei diesen im Anfang sehr schmerzhaften Bewegungsversuchen mit Erfolg verwandt werden kann.

Stein-Wiesbaden.

49) **Hurtado.** Traumatismos del codo: su tratamiento. (Verletzungen der Ellenbogengelenksgegend und deren Behandlung.)

Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas. Bd. 20. Nr. 57.

H. empfiehlt im Gegenzatz zu seinem Landsmann Angel



bei jeder Verletzung der Ellenbogengelenksgegend sofort in möglichst forcierter Beugestellung einzugipsen, da späterhin die Beugung sonst regelmässig die grössten Schwierigkeiten zu bereiten pflegt. Die Nachbehandlung geschieht am besten mit Zanderapparaten, die schonenderes Vorgehen erlauben als manuelle Gymnastik und Massage. **Stein** - Wiesbaden.

50) **R. H. Sayre.** Volkmanns ischaemic paralysis and contracture.

American journ. of orth. surg. 1908. Bd. VI. Nr. 2.

60 Fälle von ischämischer Muskelkontraktur konnte S. in der Literatur auffinden. Er ist mit Volkmann, Lesser u. a. der Meinung, dass die Kontraktur infolge einer Myositis mit nachfolgender fibröser Degeneration zustande kommt, und dass etwaige Nervenatrophien erst sekundär auftreten. Therapeutisch kommt bekanntlich ausser der Verlängerung der Flexorsehnen die Kontinuitätsresektion der Vorderarmknochen, ferner aber ein von R. Jones (Liverpool) inauguriertes Bandagierungsverfahren zur Anwendung. Dieses macht sich die Tatsache zu nutze, dass die Fingerkontraktur bei stark volarflektiertem Handgelenk erschlafft, die Finger also gestreckt werden können. In dieser Stellung der Hand und der Finger werden diese auf einer entsprechend adaptierten volaren Metallschiene fixiert, und die Schiene wird alle paar Tage im Sinne einer Dorsalflexion im Handgelenk mehr und mehr gebogen. Massage, Uebungen und Elektrizität helfen nach.

Bei einem 11jährigen Mädchen, bei dem sich vor 2 Jahren im Anschluss an einen Vorderambruch eine Volkmannsche Kontraktur herausgebildet hatte, wurde dieses Jonessche Verfahren mit bestem Erfolge angewandt: in einigen Wochen war aktives Beugen und Strecken der Finger bei Mittelstellung der Hand möglich, auch konnten sämtliche Fingerspitzen die Daumenspitze berühren. Weitere, monatelang fortgesetzte Uebungen werden das Resultat vervollständigen.

Man soll dieses einfache Verfahren in jedem Fall vor einem blutigen Eingriff versuchen. — Literatur. **Ewald** - Hamburg.

51) **Ernst Fischer.** Ueber die typische interkarpale Luxationsfraktur.

Wiener klin. Wochenschr. Nr. 6.

Ein Fall von doppelseitiger, symmetrischer Handwurzel-Verletzung gibt dem Autor Anlass, die Mechanik dieser Verletzungen



eingehend zu erörtern. In Uebereinstimmung mit Schoch und de Quervain hält er die volare Luxation des os lunatum mit samt dem proximalen Fragmente des os naviculare für eine typische Verletzung. Der Mechanismus ist durch Fall auf die dorsalflektierten Hände gegeben.

Die Therapie soll möglichst früh einsetzen und in der Exstirpation des luxierten Knochens bestehen. Reposition gelingt nicht und erscheint wegen möglicher Nekrose der aus dem Zusammenhange gelösten Knochen gar nicht wünschenswert.

Spitzy-Graz.

52) **H. Finsterer.** Zur Kasuistik und Therapie der Verrenkungen des Mondbeins.

Bruns Beiträge. Bd. 62. H. 2. p. 496.

Ausführliche Schilderung eines einschlägigen Falles. Besprechung des Entstehungsmechanismus dieser Luxationen als Hebelwirkung, was Verf. durch Leichenexperimente geprüft hat. Die wichtigsten Symptome der Verletzung sind neben denen einer schweren Distorsion der Hand Haltung der Hand in eigenartiger Dorsalflexion, Behinderung der Volarflexion und der Streckung der Finger, Verkürzung des Abstandes des III. Metakarpus von der Radius-Gelenkfläche, schmerzhafte Prominenz in der Vola manus. Die unblutige Reposition gelingt sehr selten, meist ist blutige Reposition nötig, in veralteten Fällen Exzision des Knochens. Sorgfältige Nachbehandlung nötig. **Baisch**-Heidelberg.

53) **C. Thiem** (Cottbus). Lockerung des Beckens in seinen Fugen.

Monatschr. für Unfallheilk. 1909. H. 3.

Im letzten Jahre konnte T. 8 Fälle von Lockerung der Symphyse und der Kreuzdarmbeinfuge röntgenographisch feststellen. Drei Fälle werden genauer beschrieben und ihr Zustandekommen sowie ihre Symptome besprochen. Wichtig ist der Unterschied im Höhenstand beider Beckenhälften bei Lockerung der Schamfuge und Klaffen einer Kreuzdarmbeinfuge. Die gelockerte Beckenhälfte war dadurch um eine wagerechte Achse mit der vorderen Hälfte nach aufwärts gedreht, weshalb eine scheinbare Verlängerung des einen Beines um 2 cm zu konstatieren war (Höherrücken der spina ant. sup.). Bei allen drei Verletzten lag eine direkte Gewalteinwirkung vor. **Ewald**-Hamburg.



54) **G. Müller** (Berlin). Zur Behandlung der Pseudarthrosen an den unteren Extremitäten.

Monatschr. für Unfallheilk. 1909. H. 1.

Die gewöhnlichen Verfahren der Pseudarthrosenbehandlung (Jod- oder Blutinjektion, Anfrischung und Vernähung der Fragmentenden, Osteoplastik) scheitern bei den Unfallverletzten an dem Widerstand gegen jeden operativen Eingriff. M. hat von 20 nicht knöchern verheilten Frakturen fast alle einfach auf mechanischem Wege zur festen Vereinigung gebracht. In einem Fall von Oberschenkelpseudarthrose mit starker Dislocatio ad longitudinem trat erst nach 2 Jahren (Hessingapparat!) knöcherne Vereinigung ein. — Ein Unterschenkelbruch heilte erst nach 1 Jahre; (Biersche Stauung und Schienenhülsenapparat, der bis zum Tuber ischii reichte). Wichtig ist, dass der Mann in dem Apparat (auch einfache Gipshülse) umhergeht, und die Fragmente bei jedem Schritt aufeinandergepresst werden.

Ewald-Hamburg.

55) **Wollenberg** (Berlin). Die Bedeutung der Vererbung für die Aetiologie der angeborenen Hüftgelenksverrenkung.

Zeitschr. für orthop. Chir. XXI. Bd. 1.—3. H. S. 232.

Zur Entscheidung der Frage, ob die Lux. cox. cong. durch intrauterine Druckwirkung oder infolge eines primären Keimfehlers entstehe, hat Verf. seine selbst beobachteten Fälle und die aus der Literatur gesammelten in Bezug auf die Frage der Vererbung untersucht. Nach vorhandenen Statistiken rechnet W. aus, dass unter 100 Luxationen ein hereditäres Vorkommen in 16,6% nachzuweisen sei, während nur 4,3 % ein mehrfaches Auftreten des Leidens in derselben Familie, in der gleichen Generation bei völligem Freisein der Ascendenten zeigten. Bei allen Fällen von hereditärem und familiärem Auftreten der Hüftverrenkung zusammen fand sich in 73,8% Vererbung, in 26,2% rein familiäres Vorkommen. Die Verwandtenehe scheint nicht nennenswert zur Luxation zu prädisponieren. Nach Besprechung der verschiedenen Theorien über die Vererbung wirft Verf. die Frage auf, warum denn nicht alle Luxationen sich vererben und erklärt dies hauptsächlich dadurch, dass das luxierte Individuum wegen seiner Minderwertigkeit sich seltener fortpflanze und ausserdem durch Mischung mit Gesunden die Neigung zum Auftreten der Hüftverrenkung seltener werde. Die mechanischen Theorien erklären nach W.'s Ansicht nicht zur Genüge die Vererbung der Hüftluxation. Nimmt man Anomalien der mütterlichen Genitalien an, so bleibt unerklärt, warum dann nicht alle Kinder

derselben Mutter Hüftverrenkung haben. Für Entstehung der Luxation durch Anomalien des Fötus selbst (Zwillingsschwangerschaft, Hydrocephalus etc.) findet sich in der Literatur kein Anhalt. Von Veränderungen der Eihäute, die am meisten für die mechanische Theorie angeführt werden, kommen amniotische Fäden kaum in Betracht, da keine beweisenden Beobachtungen vorliegen. Ist aber nur der allgemeine Fruchtwassermangel an dem Auftreten der Luxation Schuld, so ist nicht zu erklären, warum sich konstant nur die Hüftverrenkung und die Luxationen anderer Gelenke vererben und nicht oder wenigstens äusserst selten zwischendurch anderweitige intrauterine Belastungsdeformitäten auftreten. Verf. glaubt, dass sich diese Frage nur durch Annahme eines primären Keimfehlers erklären lasse. Für solche Fälle, die sich nicht vererben, ebenso wie für das erste Auftreten der Luxation wäre nach W.'s Ansicht eine mechanische Entstehung nicht ausgeschlossen, wenn auch diese Annahme die Möglichkeit der Vererbung erworbener Eigenschaften zugeben hiesse. **Ottendorff** - Hamburg-Altona.

56) **Le Damany** (Rennes). Die angeborene Hüftgelenksverrenkung. Ihre Ursachen. Ihr Mechanismus. Ihre anthropologische Bedeutung.

Zeitschr. für orthop. Chir. XXI. Bd. 1.—3. H. S. 129.

D. kommt auf Grund seiner vergleichend-anatomischen Studien zu dem Ergebnis, dass die Form des menschlichen Körpers, wie sie jetzt besteht, bedingt ist durch das Bestreben, einerseits ein möglichst grosses Hirnvolumen zu erreichen, anderseits einen möglichst gut gebildeten Körper zu bewahren. Grösserer Kopfumfang bedingt ein geräumigeres mütterliches Becken, welches wiederum zur Sicherung des Gleichgewichts einen längeren Oberschenkel erfordert. Um im Uterus Platz zu haben, muss der Fötus sich stark zusammenkauern. In dieser starken Flexionsstellung der Hüftgelenke kommt es durch Druck der Uteruswand zu einer Torsion des Femur in der oberen Epiphysenlinie. Auch das Becken deformiert sich, indem durch die stark gebeugten Femora die Beckenschaufeln auf dem Kreuzbein umgekippt werden. Da durch die starke Beugung in den Hüftgelenken auch die Köpfe sich von der Pfanne abheben, weil die Femora sich am vorderen Beckenrand anstemmen, so werden auch die Hüftgelenkspfannen flacher als ursprünglich. Im Gegensatz zu diesen Erscheinungen in utero tritt nach der Geburt allmählich eine Detorsion des Femur ein, während die Veränderung des Beckens beim Gehen und Stehen in der Weise sich ausgleicht, dass eine



Winkelstellung zwischen Sacrum und Lumbalteil der Wirbelsäule und eine Lordose der Lendenwirbelsäule entsteht. Als Fehler des menschlichen Hüftgelenks besteht ausser der Torsion des Femur noch eine Richtung der Hüftpfanne nach vorn, wodurch die Artikulationsverhältnisse sich natürlich noch ungünstiger gestalten. Alle diese Verhältnisse kommen nach D.'s Untersuchungen bei jedem Neugeborenen konstant vor. Eine Uebertreibung dieser Fehler speziell Anteversion des Schenkelhalses und Abflachung der Pfanne muss zur Luxation führen, wenn die intrauterine Beugehaltung der Hüftgelenke nach der Geburt in die Streckstellung übergeführt wird. Der Druck des Kopfes gegen den oberen Teil der Pfanne führt ausserdem zu einer Abflachung des oberen Randes und zu einer Verlängerung der Pfanne nebst Verbildung des Femurkopfes. In der Mehrzahl der Fälle tritt eine Rückbildung dieser Erscheinungen spez. der Torsion des Femur ein, sodass bei späterer Belastung keine Luxation zustande kommt. Sind diese Fehler aber sehr hochgradig, so verlässt der Kopf unter dem Druck des Körpergewichts die Pfanne. Je höher das Individuum auf der Stufenleiter des Menschengeschlechts steht, d. h. je grösser sein Gehirnschädel und infolgedessen sein Becken ist, desto mehr ist es der Gefahr der Luxation ausgesetzt. D. nennt deshalb auch die angeborene Hüftverrenkung die anthropologische Hüftluxation.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

57) **Thilo** (Riga). Angeborene Hüftgelenksverrenkung. Präparat einer Zwanzigjährigen.

Zeitschr. f. orthop. Chir. XXI. Bd. 1.—3. H. S. 204.

Th. beschreibt das Beckenpräparat einer Hüftluxation von 20 Jahren. Es fand sich bei diesem eine kleine dreieckige Vertiefung an Stelle der alten Pfanne, die selbst von einer derben Sehnenhaut überzogen war, welche sich als Hülle auf den Kopf fortsetzte. An diesen Strängen hing wohl zum grössten Teil das Körpergewicht, zum Teil aber auch an den Muskeln, die vom Femurhals zum unteren Rande des Foramen obturatorium ziehen. Dies Foramen fand Verf. in der Richtung von oben nach unten verkleinert und glaubt dies durch den Zug der Muskeln, die den unteren Rand nach oben ziehen, erklären zu müssen. Dass Muskelzug Verbiegung von Knochen bewirken kann, beobachtete Th. auch bei anderen Gelegenheiten. Verf. ist der Meinung, dass die Wirkung der Muskeln und Bänder beim Zusammenhalt mancher Gelenke überhaupt eine grössere Rolle spiele als die Konfiguration des Gelenkes



selbst. Zum Schluss gibt Th. noch einige Weisungen betreffs der Nachbehandlung der Lux. cox. cong. mittelst aktiver Muskelübungen an den von ihm angegebenen Zugvorrichtungen.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

58) **P. Redard** und **Badin** (Paris). Sur la technique de la reduction des luxations congénitales de la hanche par la méthode non sanglante.

Gazette des hopitaux. 1909. Nr. 10.

Verf. beschreiben bis ins Einzelne ihre Methode, die in der Hauptsache der Lorenzschen entspricht. Sie stellen folgende Schlusssätze auf:

1. man soll die Hindernisse (Kapsel- und Muskelschrumpfung) vor der Reposition langsam und nicht gewaltsam zu beseitigen suchen;

2. soll man den Kopf über den hinteren Pfannenrand in die Pfanne reponieren, und diese durch zweckmässige Drehbewegungen zu vertiefen trachten;

3. man soll die Fälle nicht schematisch behandeln, sondern die Beinstellung immer so wählen, dass der Kopf konzentrisch in der Pfanne steht;

4. soll man je nach der Stabilität die Immobilisationsperiode abkürzen oder verlängern, und zum Schluss eine zweckmässige Nachbehandlung anschliessen.

Ewald-Hamburg.

59) **Damany** (Rennes). Le traitement rationel de la luxation congénitale de la hanche. (Die rationelle Behandlung der kongenitalen Hüftluxation).

Revue de chirurgie. 38. Bd. Nr. 10. S. 491.

D. bespricht in diesem Artikel die Ursache der Misserfolge in der Behandlung der kongenitalen Hüftluxation. Nach seinen Untersuchungen ist sowohl für die Entstehung der Luxation als auch für das Zustandekommen der Reluxation die Anteversion des Schenkelhalses verantwortlich zu machen Es muss deshalb auf eine Detorsion des Femur hingearbeitet werden. Zu dem Zwecke soll das Bein in der Hüfte nicht nur in Flexion von 90°, sondern auch in Abduktion von ca. 90° gestellt werden. Es werden in dieser Stellung auch Kopf und Pfanne am besten in Kontakt gebracht, wie sich das an Präparaten nachweisen lässt. Es gilt dies für den torquierten Luxations-Oberschenkel, nicht für den normalen, auch die selten vorkommende Coxa vara-Bildung bei Lux. cox. ist nicht dafür geeignet. D. lässt den Oberschenkel zunächst 2 bis 3



Monate im Gipsverband in Abduktionsstellung, dann noch eine weitere Zeit insgesamt 7—8 Monate in einem Apparat, der Bewegungen im Gelenk erlaubt, aber im grossen und ganzen die Abduktionsstellung konserviert. Eine gewisse Bewegungsfreiheit ist notwendig, da nur die Aktion der Muskeln die Detorsion des Femur herbeiführt. Bei absoluter Ruhigstellung im Verband tritt nach den Erfahrungen des Verf. diese Detorsion nicht ein. Als Beweis dafür zeigt D., dass alle Muskeln, welche vom Trochanter zum Becken ziehen, in Flexionsstellung ohne oder mit verminderter Abduktion das Femur noch mehr torquieren müssen. Bei Flexion und Abduktion müssen dagegen alle Muskeln im Sinne der Detorsion wirken. Einen wesentlichen Nachteil dieser lange fortgesetzten Flexions-Abduktionsstellung hat D. nie gesehen. Etwaige Versteifungen bei älteren Kindern lassen sich, wenn nötig, in Narkose korrigieren. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

60) **Hernando y Ortega.** Estudio critico del tratamiento de la luxación congénita de la cadera.
Dissertation.

Die Abhandlung gibt eine genaue Schilderung der unblutigen Einrenkung nach Lorenz und erläutert den Text durch eine Reihe von Radiogrammen. **Stein**-Wiesbaden.

61) **Hernando.** Un caso de lujación congénita unilateral de la cadera curado por el método incruento de Lorenz.
Revist. de Medic. y Cirug. praci. de Madrid. Nr. 1057 v. 7. I. 09.

Mit Erfolg behandelte rechtsseitige angeborene Luxation des Hüftgelenks bei einem 6jährigen Mädchen. Der Fall bietet keinerlei Besonderheiten. **Stein**-Wiesbaden.

62) **König** (Berlin). Die operative Entfernung (Resektion) des tuberkulös erkrankten Hüftgelenks.
Berl. klin. Woch. 1909. Nr. 10, p. 429.

Jetzt besteht vielfach die Meinung, man dürfe bei Koxitis nicht operativ eingreifen, trotzdem im allgemeinen, d. h. bei allen anderen Gelenken, die Schwere des pathologisch-anatomischen Gelenkprozesses massgebend ist für die konservative oder operative Behandlung. K. will durch seine Darlegungen beweisen, dass das Hüftgelenk davon keine Ausnahme machen darf. Er stützt sich dabei auf ein Material von 760 Koxitiden (von 1876 bis 1895 beobachtet), darunter 568 Tuberkulosen. Von diesen letzteren wurden 457 konservativ behandelt, von denen aber später 173 reseziert



werden mussten. Dabei ist aber zu bemerken, dass kaum je eine Resektion im alten Sinne vorgenommen wurde: es wurde alles Kranke entfernt und dabei daran gedacht, für die spätere Funktion möglichst günstige Verhältnisse zu schaffen. Von den 294 übrig bleibenden konservativ Behandelten fehlen von 92 Nachrichten, 55 starben während der Berichtszeit. Von dem Rest waren 114 geheilt, 33 wiesen normale oder fast normale Hüftgelenke auf; 35 gingen mit Stock oder Krücken, 13 hatten noch Fisteln. — Von 274 Resezierten gaben 60 keine Schlussnachricht, 109 starben. 66 waren geheilt und gingen ohne Hilfsmittel und Fisteln (16 mal ein ausgezeichnetes Resultat). 43 gehen mit Stock, Fisteln haben noch 35 Operierte Die schlechteren Resektionsresultate erklären sich natürlich durch die unvergleichlich schwereren Erkrankungen der Operierten und die Gefahr der Operation (61 Resezierte starben in der Klinik!). Jetzt wird übrigens die Todesziffer geringer sein, weil die Asepsis sicherer gehandhabt wird als vor 20 Jahren. K. weist auf seine in 400 Fällen erprobte Resektionsmethode hin, der er eine Anzahl der guten Heilungsresultate zuschreibt. Jedenfalls hat die operative Entfernung des schwer erkrankten Hüftgelenks vollkommen die gleiche Berechtigung wie die Operation anderer, in analoger Art erkrankter Gelenke. **Ewald**-Hamburg.

63) **Nohl** (Müllheim i. B.). Ueber Knieschmerzen bei Hüfterkrankung.

Münch. med. Woch. 1909. Nr. 20.

Bezugnehmend auf die Arbeit Heinekes in der Münch. med. Woch. 1909 Nr. 13 (s. Ref.) teilt N. den Fall einer 62jährigen Frau mit, die auch seit 8 Jahren Schmerzen im Knie und Unterschenkel verspürte und deswegen erfolglos behandelt wurde. N. stellte eine rheumatische Koxitis fest. Bei entsprechender Behandlung besserten sich auch die Knieschmerzen. **Ewald**-Hamburg.

64) **Rosenkranz.** Zur Bedeutung der Hüftgelenkskontrakturen.

Zeitschr. für ärztl. Fortbildung. 1909. Nr. 5.

R. bespricht zunächst die unangenehmen Folgen, die die Adduktion- und Flexionskontrakturen, wie wir sie meist nach Hüftgelenksentzündungen sich entwickeln sehen, mit sich bringen und rät deshalb, immer danach zu streben, das Gegenteil dieser zu erreichen, nämlich die Abduktions-Flexionskontrakturen, bei denen der Patient zwar mit etwas schräg gestelltem Becken, aber ohne



Höhenschwankung des Rumpfes, ohne Sohlenerhöhung gehen kann. In einer Reihe von Fällen wird die bei diesen Stellungen vorhandene funktionelle Verlängerung des Beines noch kompensiert durch eine reelle Verkürzung, die aus der eventuellen Knochenzerstörung, Pfannenwanderung und Wachstumshemmung resultiert. Bei Adduktionskontrakturen, die sich bereits als absolut feste Ankylosen erweisen, rät R. zur subtrochanteren Osteotomie bezw. zur schrägen Durchmeisselung des Oberschenkels, wenn beträchtliche reelle Verkürzungen vorhanden sind. **Blencke-Magdeburg.**

65) **Haldenwang.** Ueber echte Schenkelhalsfrakturen im kindlichen und jugendlichen Alter.

Diss. Tübingen. 1908.

H. hat in seiner Dissertation die in der Litteratur bekannt gewordenen Fälle von echten Schenkelhalsbrüchen im kindlichen und jugendlichen Alter gesammelt und kritisch gesichtet, jedoch nur alle die, bei denen die Diagnose durch Röntgenbild oder Operation sicher festgestellt wurde. Diesen Fällen reiht er dann noch zwei weitere aus der v. Brunsschen Klinik an, die bei einem 7- und 11 jährigen Mädchen zur Beobachtung kamen. Als dritten Fall führt er dann noch den eines 4 jährigen Mädchens an, bei dem es sich um eine totale Loslösung des Schenkelkopfes mit Hängenbleiben eines spornartigen Stückes aus der unteren Halskortikalis handelte. Diese Fälle will H. aber nicht zu den eigentlichen Schenkelhalsfrakturen gerechnet wissen, da die Epiphysenlinie den grösseren Teil der Bruchfläche einnimmt, sondern eher zu den traumatischen Epiphysenlösungen. — Auf Grund seiner Studien nimmt H. an, dass Schenkelhalsfrakturen im 2. Lebensjahrzehnt häufiger sind, als im ersten, dass die kompletten Frakturen des jugendlichen Schenkelhalses am häufigsten an seiner Basis vorkommen und nicht in der Nähe des Kopfes, weil sie hier eher zu Epiphysenlösungen führen werden, und dass die Ansicht, dass es sich hierbei zuerst um Infraktionen oder um eingekeilte Frakturen handle, nicht richtig ist, da in keinem Fall, der frisch zur Beobachtung gelangte, die Diagnose eine Infraktion ergab. In der Regel tritt Konsolidation ein, und eine sorgfältig durchgeführte Behandlung der noch frischen losen Fraktur verspricht günstige Aussicht auf eine Heilung in guter Stellung. **Blencke-Magdeburg.**

66) **Heinrich Haase.** Aplasie des Femur.

Wiener med. Wochenschr. Nr. 5.

Ein neugeborenes Kind, erblich nicht belastet, mit einem um

vier Fünftel der Länge verkürzten Oberschenkel. Die Mutter hat in der Schwangerschaft einen Sturz erlitten. Verf. meint, dass das Trauma wohl in ursächliche Verbindung mit der Entwicklungshemmung des Femur zu bringen sei. Die vom Verf. angezogene Möglichkeit einer intrauterinen (amniotischen) Abschnürung scheint in diesem Falle weniger in Betracht zu kommen.

Spitzy-Graz.

67) **Alorda.** El vendaje-bloque de yeso para las fracturas del femur.

Revist. de Modic. y. Cirug. pract. de Madrid. Nr. 1061. v. 7. 2. 09.

Zur Behandlung der Oberschenkelfrakturen kleiner Kinder empfiehlt A. einen sog. Gips-Blockverband. Die Herstellung desselben geschieht in folgender Weise: Die Fraktur wird in Narkose reponiert und dann das Bein mit leicht gebeugtem Kniegelenk auf den Tisch gelegt. Hierauf wird aus 3 vorher zurechtgeschnittenen Pappdeckelstücken um das Bein herum eine Art Kasten gebildet. Dieser Kasten wird mit Gipsbrei ausgegossen und zwar so hoch, dass Fussrücken und Streckseite von Unter- und Oberschenkel frei bleiben. — Nach Trocknung des Gipsbreis ruht nun die Extremität in einer exakt passenden Mulde. — Der Vorteil dieses Verbandes besteht vor allen Dingen in der Möglichkeit einer exaten Reinhaltung des Verbandes; ausserdem können bei der täglich öfters notwendigen Reinigung gleichzeitig Knie- und Fussgelenk bewegt werden. — Der Verband ist auch billiger als der gewöhnliche Gipsbindenverband und kann mehrfach benutzt werden, wenn die Patienten ungefähr gleich alt sind. — **Stein**-Wiesbaden.

68) **Naegeli** (Zürich). Ueber den operativen Ersatz des gelähmten Quadriceps femoris insbesondere durch Ueberpflanzung des Tractus ileotibialis.

Zeitschr. für orthop. Chir. XXI. Bd. 1.—3. H. S. 1.

Verf. bespricht zunächst die Aetiologie der Quadrizepslähmung, die recht verschiedenartig sein kann, bei der aber die spirale Kinderlähmung weitaus die grösste Rolle spielt. Dass ein Ausfall der Quadrizepsfunktion eine schwere Störung des Ganges bedeutet, liegt auf der Hand, ebenso aber auch, dass eine Muskelübertragung, die dem Pat. ein bewegliches Knie lässt und ihn von Apparat und Krücke unabhängig macht, den Vorzug verdient. Arthrodese des Gelenkes ist schliesslich der letzte Notbehelf. Massgebend für die Wahl des zu überpflanzenden Muskels ist erstens, dass er für die Funktion des Beines relativ unwichtig und zweitens geeignet ist.



N. geht die Muskeln des Oberschenkels der Reihe nach von diesem Gesichtspunkt aus durch. In Betracht kommen wesentlich Sartorius und die Flexoren sowie der Traktus ileotibialis. N. berichtet über 11 Fälle, bei denen von Lüning und Schulthess die Ueberpflanzung dieses Zuges vorgenommen wurde. Es handelt sich um Uebertragung des kräftigen sehnigen Streifens, der in der Fascia lata als Fortsetzung des Tensor fasciae zum Knie herabzieht und sowie so schon als Hülfsstrecker des Kniegelenks fungiert. Der Streifen wird nach Möglichkeit isoliert, subfascial nach vorn verlagert und dort mit kräftigen Seidennähten auf der Quadrizepssehne und Patella festgenäht resp. mittels verlängerten Fäden mit dem Periost der Tuberositas tibiae in Verbindung gebracht. Das Hüftgelenk muss dabei etwas gebeugt, Kniegelenk gestreckt gehalten werden und es muss diese Stellung auch im Verbande konserviert bleiben. Die geschilderten Fälle ergaben ein gutes Resultat hinsichtlich des Ganges und der Extensionsfähigkeit im Kniegelenk.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

69) **Petersen.** Ein Beitrag zur Langeschen Injektionsbehandlung bei Ischias.

Diss. Kiel. 1908.

P. berichtet über die Erfolge, die mit der Langeschen Injektionsbehandlung in der Kieler med. Klinik erzielt wurden. Es handelte sich um 44 Fälle; 28 mal wurde eine, 11 mal zwei, 2 mal drei, 2 mal vier und einmal sogar fünf Injektionen gemacht, im ganzen also 69 Injektionen, ohne dass auch nur ein einziger übler Zufall beobachtet wurde. Meist wurde an der typischen Stelle injiziert, nur zweimal am unteren Glutaealrand und dreimal in den Nervus peroneus, um die nach einer oder mehreren Injektionen im Gebiete dieser Nerven zurückgebliebenen Schmerzen zu beseitigen. Von den 44 Patienten wurden 28 geheilt, 12 wesentlich gebessert, während in 4 Fällen jeder Erfolg ausblieb. Diese Fälle waren aber nach P.'s Ansicht ungeeignet und können demnach auf die Bewertung der Methode keinen Einfluss haben. Verf. veranstaltete dann eine Umfrage und erhielt von 27 Patienten über ihren späteren Zustand Nachrichten. Bei fünf von diesen hatte sich später nach 1—15 Monaten nach der Entlassung ein Rezidiv eingestellt. Von den 28 geheilten Fällen wurden 13 sofort geheilt, während bei fünf noch leichte Beschwerden zurückblieben, die auf die gewöhnliche Therapie hin bald verschwanden. In 10 Fällen brachte erst die zweite Injektion vollständige Heilung. Unter diesen 28 Patienten waren



9 mit Skoliose und Rückenschmerzen, fünf sogar mit Atrophie der Beinmuskulatur. Die Skoliose glich sich meist sofort nach der Injektion vollkommen wieder aus. **Blencke**-Magdeburg.

70) **H. Finsterer.** Zur Kenntnis der Luxation der Patella.

Bruns Beiträge zur klin. Chir. Bd. 62. H. 2. p. 453.

An der Hand von 4 Fällen aus der Grazer chirurg. Klinik bespricht F. in ausführlicher Arbeit die verschiedenen Arten der Luxation der Patella. Er teilt sie nach der Aetiologie ein in angeborene und erworbene, letztere wieder in traumatische und pathologische. Allen gemeinsam ist, dass sie zu sog. habituellen Luxationen werden können, wobei Verf. den Begriff habituell so gefasst haben will, dass die Luxation bei jeder Beugung oder Streckung auftritt. Die Aetiologie und der Entstehungsmechanismus jeder einzelnen Art der Luxation werden genau gesprochen, desgleichen die Symptomatologie, wovon ausser der Verschiebung der Patella an die falsche Stelle, Zerreissung der medialen Kapsel und das Musc. vastus medialis bei den frischen traumatischen, Genu valgum, Kapselschlaffheit und Veränderung des Condyl. lateral. bei den habituellen die häufigsten sind. Therapeutisch genügt bei den traumatischen die Reposition, bei den rezidivierenden Formen meist das Tragen von Apparaten. Bei der habituellen Luxation wird meist operative Behandlung (Osteotomie, Kapselplastik, Sehnentransplantation u. a.) nötig. Verf. gibt ausführliche Besprechung der verschiedenen Methoden. **Balsch**-Heidelberg.

71) **Staffel** (Wiesbaden). Ueber Distorsio genu.

Zeitschr. f. orthop. Chir. XXI. Bd., 1.—3. H., S. 47.

St. weist darauf hin, dass das wichtigste Symptom der Kniedistorsion nicht die Gelenkaffektion selbst, sondern die begleitende Atrophie des Quadrizeps ist, da diese den Gang des Patienten weitaus mehr beeinflusst als Schwellung und Schmerzhaftigkeit des Kniegelenks. Die Behandlung hat deshalb auch ihr Hauptaugenmerk auf die Stärkung des atrophischen Muskels zu richten, zu welchem Zwecke St. Bäder, Faradisation und vor allem Massage nebst medikomechanischen Uebungen empfiehlt.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

72) **Batut** (Marsaille). Arthrites blennorrhagiques suppurées du genou. (Eitrige gonnorrhoische Entzündungen des Kniegelenks.)

Annales de chir. et d'orthop. Bd. 21. H. 12. S. 368.

B. berichtet über zwei Fälle von gonnorrhoischer Entzündung



des Kniegelenks, die mit hohem Fieber einhergingen und deren Punktion serös eitriges Exsudat ergab. Nach Inzision des oberen Recessus des Kniegelenks und Drainage auf mehrere Wochen erfolgte Ausheilung des Prozesses, in dem einen Falle mit Ankylose in leichter Beugestellung, im anderen mit leidlicher Beweglichkeit.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

73) **Siegmund** (Berlin-Wilmersdorf). Eine ungewöhnliche Verkrümmung und Versteifung im Knie, durch Operation geheilt.

Berl. klin. Wochenschr. 1909. Nr. 1, p. 19.

Verf. beschreibt einen Fall von Kniegelenksresektion, der sekundär infolge der Beschäftigung des Patienten in Winkelstellung von 100° (Spitze lateral) heilte. Die Verkürzung des Beines betrug 11 cm und verursachte neben der fehlerhaften Stellung starke Beschwerden beim Gehen. Das Kniegelenk war vollkommen fest. Die Tibia war mit ihrer Kante nach oben gerichtet.

Eine Keilexzision am Unterschenkel wurde mit gutem Erfolg ausgeführt. Die Verkürzung des Beines dadurch nicht verstärkt

3 Bilder begleiten den Text und illustrieren aufs Anschaulichste die Krankengeschichte. **Manhold**-Heidelberg.

74) **A. Challier** (Lyon). Résultat éloigné (après 14 ans) d'une resection du genou maintenue au moyen de l'appareil à prothèse externe de Jaboulay.

Revue d'orthop. 1909. Nr. 2, p. 153.

Dem jetzt 27jährigen Mann wurde vor 14 Jahren wegen Tuberkulose das Kniegelenk reseziert. Die resezierten Femur- und Tibiaenden wurden mittels einer mit Nägeln versehenen Klammer (Jaboulay) in der richtigen Lage gehalten. Nach 48 Tagen wurde der Apparat entfernt. Der Mann konnte dann — wie auch jetzt noch — das schwierige Geschäft eines Packträgers versehen. Das resezierte Bein ist um 3,5 cm verkürzt, sonst aber gerade geblieben.— Jetzt hat Jaboulay an Stelle der Nägel lange Flügelschrauben gesetzt, die ausserhalb der Wunde durch eine gemeinsame Schiene verbunden sind. Ch. empfiehlt diesen neuen Apparat nicht nur für Resektionen, sondern auch für frische irreponible Frakturen, Pseudarthrosen und komplizierte Frakturen. **Ewald**-Hamburg.

75) **E. Manhold** (Heidelberg). Ein Fall von keilförmigem Längsbruch am oberen Tibiaende.

Monatsschrift f. Unfallheilk. 1909. Nr. 4.

Bei einem Sprung vom Wagen wurde der Patientin das obere



Ende des linken Schienbeins der Länge nach gespalten, so dass die beiden Eminentiae intercondyloideae auseinanderwichen und der Condylus fem. lat. sich wie ein Keil teilweise in die Lücke hinein lagerte. Das Resultat war eine dislocatio ad axin im Kniegelenk, genu valgum und erhebliche Versteifung. Die keilförmige Lücke ist, wie das Röntgenbild zeigt, mit Kallus ausgefüllt.

Ewald-Hamburg.

76) **Bilhaut** (Paris). Hypertrophie des malleoles externes chez un jeune homme de dix-huit ans. (Hypertrophie der Malleoli ext. bei einem 18 jährigen jungen Manne.)

Annales de chir. et d'orthop. Bd. 22. H. 12. S. 353.

B. beobachtete bei einem jungen Manne eine Hypertrophie der äusseren Malleolen, die sich ohne nachweisbare Ursache in ca. 6 Monaten entwickelt hatte. Die Verdickung war veranlasst durch Apposition neugebildeten Knochengewebes. Aetiologisch war weder durch die Anamnese noch durch die Untersuchung etwas nachzuweisen. Therapeutisch liess sich durch Salzbäder eine Abnahme der Verdickung herbeiführen, wie durch Röntgenuntersuchung festgestellt wurde. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

77) **Cifuentes.** Amputación osteoplastica de la pierna.

Revista Clinica de Madrid. Bd. I, Nr. 3 v. 1. II. 09.

Mitteilung einer Krankengeschichte eines 53 jähr. Patienten mit Fungus des Fussgelenkes, bei dem C. mit sehr gutem funktionellen Erfolge eine osteoplastische Amputation im unteren Drittel des Unterschenkels ausführte. **Stein**-Wiesbaden.

Istituto Ortopedico Rizzoli in Bologna.

San Michele in Bosco.

Preis-Ausschreibung.

Zweite Bekanntmachung.

Seit dem 1. Januar steht der Konkurs zum Preise Humbert I. offen.

Dieser Preis von L. 3,500 wird nach dem Beschlusse des Provinzialrates von Bologna zugeteilt: „Dem besten Werke oder der besten Erfindung auf orthopädischem Gebiete."



An diesem Konkurse können sowohl italienische als ausländische Aerzte teilnehmen.

Die Konkurs- und Preiszuteilungsbestimmungen sind in einem besonderen Reglement enthalten, das auf Wunsch zugeschickt wird.

Die Teilnahme an dem Konkurse muss dem Präses des Istituto Rizzoli in Bologna gemeldet werden.

Der Konkurs wird am 31. Dezember 1909 geschlossen.

Bologna, 1. Juli 1909.

Der Präses: Avv. **G. Bacchelli.**

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. Dr. **O. Vulpius** in Heidelberg, Luisenstr. 1—3, oder an die Verlagsbuchhandlung **S. Karger** in Berlin NW 6, Karlstr. 15, einsenden.



Zentralblatt

für

Chirurgische und mechanische Orthopädie

einschliesslich der gesamten Heilgymnastik und Massage.

Redigiert von
Prof. Dr. O. Vulpius
in Heidelberg.

Verlag von
S. Karger in Berlin
NW., Karlstrasse 15.

Monatlich erscheint ein Heft im Umfang von 48 Seiten. Preis des Jahrgangs Mk. 15,—. Zu beziehen durch die Post und durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes.

Bd. III. **September 1909.** **Heft 9.**

Gerard Monod. Les scolioses.

Essai de pathogénie. Mit 54 Abbildungen. Paris 1909. A. Maloine.

Das Buch fasst Alles zusammen, was die letzte Zeit an neuen Gesichtspunkten für die Pathogenese der Skoliose gebracht hat. Verf. fügt eigene experimentelle, anatomische und klinische Untersuchungen (Untersuchung an 3000 Schulkindern) hinzu. Wesentlich Neues wird für den deutschen Leser nicht geboten. **Vulpius**-Heidelberg.

Bockenheimer. Leitfaden der Frakturen-Behandlung für prakt. Ärzte und Studierende.

Mit 280 Textabbildungen. Stuttgart 1909. F. Enke. Preis 8,40 Mk.

Das Buch, den Manen E. v. Bergmanns gewidmet und mit einem sprechend ähnlichen Bildnis desselben geziert, ist ein Leitfaden, von dem man nur wünschen kann, dass jeder angehende Arzt sich von ihm leiten lasse. Viel Unglück, Schädigung von Patient wie Arzt, könnte dadurch vermieden werden.

In mustergültiger Knappheit und Klarheit gibt der allgemeine wie der spezielle Teil goldene Regeln und das Kleinste nicht übersehende Ratschläge. Die zahlreichen Illustrationen ergänzen die Anschaulichkeit aufs Glücklichste. **Vulpius**-Heidelberg.

L. Bruns (Hannover). Die Geschwülste des Nervensystems.

Zweite, gänzlich umgearbeitete Auflage mit 64 Abbildungen im Text. Berlin 1908. S. Karger.

Das bekannte Buch ist in der neuen Auflage ein stattliches umfassendes Werk geworden. Den Orthopäden interessiert hauptsäch-



lich das rasch angewachsene Kapitel über vertebrale und intravertebrale Tumoren, in welchem er sich über den heutigen Stand der chirurgischen aktuellen Fragen auf diesem Gebiet vorzüglich orientieren kann.

Die sorgfältigen Literaturnachweise erleichtern ihm das Spezialstudium.

Vulpius-Heidelberg.

H. Arnsperger (Heidelberg). Die Röntgenuntersuchung der Brustorgane und ihre Ergebnisse für Physiologie und Pathologie.

Mit 34 Abbildungen und 27 Tafeln. Leipzig 1909. F. C. Vogel. Pr. 12 Mk.

Verf., der in glücklicher Ergänzung die Kenntnisse des erfahrenen inneren Klinikers und des Röntgenologen vereinigt, legt in dem wertvollen und vorzüglich illustrierten Buch den heutigen Stand unseres Wissens und Könnens auf dem Gebiet der Röntgenuntersuchung der Brustorgane nieder. Den Orthopäden interessieren in dem überaus gewissenhaft geschriebenen, von Krehl mit einem Geleitwort versehenen Werk namentlich die Untersuchungen und Röntgendarstellungen der normalen und pathologischen Wirbelsäule bezw. der Rippen. Die beigegebenen Tafeln geben ausgezeichnete Röntgenreproduktionen, denen die betr. Krankengeschichten vorangestellt werden.

Vulpius-Heidelberg.

Riebel (Berlin). Ueber die chronische ankylosierende Entzündung der Wirbelsäule.

Berliner Klinik. Heft 251.

R. hat 2 derartige Fälle bei Offizieren durch lange Zeit beobachtet, bei einem im Anschluss an rheumatische Schädlichkeiten während des Feldzuges, bei dem andern nach Trauma.

Er sucht inbesondere die Frage zu klären, ob es sich um ein abgrenzbares Krankheitsbild handelt oder um eine Form der Arthritis deformans, und kommt zu dem Ergebnis, dass es sich um zwei wesensverschiedene Affektionen handelt.

Dagegen ist er der Ansicht, dass der Bechterewsche und der Strümpell-Mariesche Typus nicht besondere Krankheiten, sondern verschiedene Stadien des gleichen Leidens darstellen.

Vulpius-Heidelberg.

P. Sourdat. Étude radiographique de la hanche coxalgique.

Mit 97 Abbildungen im Text und 8 Tafeln. Paris 1909. G. Jacques.

S. hat 250 Röntgenbilder koxitischer Kinder in den verschiedensten Stadien genau geprüft. Auf Grund seiner Untersuchungen kommt er zu einigen recht wichtigen Ergebnissen:



Die Röntgenaufnahme ist bei Koxitis unerlässlich. In frühen Initialstadien lässt sie allerdings im Stich, die ersten radiographischen Symptome treten erst nach den klinischen Symptomen in Erscheinung.

In späteren Stadien hat das Röntgenbild Bedeutung für die Beurteilung der Prognose. Von grösster Wichtigkeit ist die Radiographie für die Lokalisierung parartikulärer Herde.

Der wirkliche Zustand des Gelenkes ist gewöhnlich schlimmer, als ihn das Röntgenbild anzeigt. Es ist nötig dies zu wissen wegen des Entschlusses zum operativen Vorgehen. **Vulpius**-Heidelberg.

1) **Ch. van Nieuwenhuyse** (Brüssel). Notes sur la création d'un service d'orthopédie complet dans les hôpitaux.

La revue médico-sociale. 1909. Nr. 1, p. 2.

Um den in mancher Beziehung unzweckmässigen Weg über den Bandagisten zu vermeiden, hat man an der chirurgischen Universitätsklinik in Brüssel ein nachahmenswertes Verfahren eingeschlagen: man hat in der Klinik selbst eine Werkstatt eingerichtet, wo die Mechaniker unter ärztlicher Leitung und zu einem mässigen Preise die Apparate herstellen. **Ewald**-Hamburg.

2) **P. Redard** und **P. v. Badin** (Paris). Forme rare d'hypertrophie congénitale partielle.

Revue d'orthop. 1908. Nr. 6, p. 559.

Der 10jähr. Junge hatte schon bei seiner Geburt ein grösseres und dickeres rechtes Bein, ausserdem angiomatöse Naevi an der rechten Gesässhälfte und Wade. Der Grössenunterschied nahm mit den Jahren immer mehr zu, auch bildeten sich variköse Venenerweiterungen am ganzen Bein heraus. — Das Kind ist geistig und körperlich etwas zurückgeblieben. Das rechte Bein ist 6,5 cm länger als das linke, der Umfang der rechten Wade um 4 cm dicker. Auf dem Röntgenbilde ist erkennbar, dass namentlich die Epiphysengegenden der Unterschenkelknochen verdickt und verlängert sind. Es besteht eine statische linkskonvexe Totalskoliose. — Es handelt sich also um den seltenen Fall einer partiellen kongenitalen Hypertrophie der rechten unteren Extremität mit Ausnahme des Vorderfusses. Behandlung: Kompression mittels elastischer Binde, wovon sich Verf. einen guten Erfolg versprechen. **Ewald**-Hamburg.

3) **R. Horand** (Lyon). Vision de squelette d'un corps diaphanisé.

Revue d'orthop. 1908. Nr. 6, p. 535.

H. hat Foeten verschiedenen Alters nach dem Verfahren von



Schultze (Würzburg) durchsichtig gemacht (Alkohol, 4%ige Pottaschenlösung, 50% Glyzerinwasser, schliesslich reines Glyzerin. (Bei über 6 Monate alten Foeten stellt sich das Verfahren noch schwieriger dar.) Da die Weichteile durchscheinend geworden sind, kann man die Knochen des Foetus deutlicher erkennen als auf dem Röntgenbild. — Uns interessiert hauptsächlich das Auftreten der Verknöcherungen während des intrauterinen Lebens. Einige Daten seien vermerkt: Es beginnt zu verknöchern: die Klavikula am 30.—35. Tag, der Unterkiefer am 35. Tag, der Oberkiefer am 40., Femur und Humerus am 42., Radius und Tibia am 44., Ulna und Fibula am 49., Skapula am 50., Rippen am 55.—56., Metatarsalia am 58., die 3 Knochenzentren der Wirbel am 60., Kalkaneus am 75, Fussphalangen am 83., Beckenknochen am 86., Metakarpalia und Phalangen der Hand am 90., Os ischii und Sternum am 105., Sakrum am 120. Tag. Bei Foeten von über 100 Tagen erschwert das dann auftretende Fett die Durchsichtigkeit sehr.

Ewald - Hamburg.

4) **J. Riedinger** (Würzburg). Experimentelle Untersuchungen über traumatische Epiphysentrennung.

Arch. f. Orth., Mechanotherapie u. Unfallchir. 1909. Bd. VII, 2 u. 3.

de Paoli (1882) erzeugte unblutig bei 2—4 Monate altem Kaninchen Absprengungen der Epiphysen am unteren Ende der Tibia und nahm Untersuchungen in bestimmten Abschnitten vor. An 3 Präparaten konnte er schon vom 16.—20. Tage ab ausser einer leichten Verdickung des Knochenendes nichts finden. Am Knorpel war keine Abweichung vom Normalen zu erkennen. Zoppi (1901) durchtrennte den Intermediärknorpel und fand, dass die Heilung durch Neubildung von Knorpel innerhalb mehrerer Tage bis zur restitutio ad integrum erfolgt; schon am 10. Tage waren mikroskopisch keine Veränderungen mehr nachweisbar. Wenn diese Befunde auch nicht auf den Menschen übertragen werden können, so beweisen sie doch, dass einfache Verletzungen des Intermediärknorpels ohne Beeinträchtigung seiner Lebensfähigkeit in kurzer Zeit zur Abheilung gelangen können.

Wachstumsstörungen bei den traumatischen Epiphysenlösungen sind häufig beobachtet worden (Vogt, Bruns, Roland [unter 700 Fällen 56mal]). Andererseits heilen die Epiphysenlösungen (manchmal mit suprakondylären Diaphysenbrüchen verbunden), die zur Korrektion des genu valgum vorgenommen werden, fast ausnahmslos glatt und ohne Verkürzung (Reiner, Panzeri, Codivilla).



Die Versuche, die R. an Kaninchen vornahm (s. Nakahara), führten zu folgenden Resultaten: Zunächst sieht man einige Tage nach der Operation (Durchtrennung der unteren Ulnaepiphyse mit scharfem Meissel) Wucherungen vom Periost und Perichondrium, sowie vom Mark ausgehend, gleichzeitig werden osteoide Massen abgelagert und vom 6.—9. Tag ab zeigt sich eine Knorpelproliferation. So kommt es zum Schluss des Defekts in 28 Tagen. In der Epiphyse kann es zur Auflösung des Knochens und Bildung einer neuen Ossifikationslinie kommen. — Die unregelmässige Anordnung der Knorpel- und Osteoidwucherungen erinnert rein äusserlich an das Bild der Rachitis. Schlussfolgerung aus den Untersuchungen: eine Schädigung durch Epiphyseolyse und Epiphyseotomie ist zwar nicht ausgeschlossen, trotzdem braucht man gegen ihre Ausführung keine grossen Bedenken zu haben, wenn nur glatte Heilung ohne Verschiebung eintritt. Bei frühzeitiger Verknöcherung der Epiphysenlinie sind Wachstumsstörungen immer zu erwarten.

Ewald-Hamburg.

5) **Fritz König** (Altona). Die späteren Schicksale difform geheilter Knochenbrüche, besonders bei Kindern.

Archiv für klin. Chir. 1908. 85. Bd., 1. H., p. 187.

Bei Erwachsenen sind nach Jahren noch die Formen der dislozierten Frakturenden auf Röntgenbildern zu sehen, bei Kindern findet ein vollkommenes Abschleifen statt, der Kallus gleicht die Unebenheiten aus, der ausser Funktion gesetzte Knochenteil wird nicht nur durch Resorption verkleinert, sondern er bleibt auch in Dicken- wie in Längenwachstum zurück auf Kosten des lebhafter wachsenden Teiles, der die Funktion des alten übernommen hat.

Bei Kindern ist selbst eine Kommunikation der Markhöhlen der Frakturenden zu sehen, wenn auch die quergebrochenen Frakturenden seitlich und in der Längsrichtung nebeneinander verschoben worden waren.

Blutige Reposition der Frakturen bei Kindern rät K. nur vorzunehmen, wenn es sich um intraartikuläre Absprengungen handelt. Funktionell heilen Frakturen im kindlichen Alter meist gut. Wichtig ist, von Anfang an unblutig jede Dislokation zu vermeiden.

Manhold-Berlin.

6) **Symes Thompson.** Two cases of hypertrophic pulmonary osteo-arthritis.

Lancet. 6. Febr. 1909.

Beschreibung zweier Fälle von chronischer Entzündung der



Knochen sämtlicher Extremitäten bei Lungenerkrankung. (Empyem, Pneumonia tbc?) schmerzhafte Schwellung der Arme und Unterschenkel, distal zunehmend. Bei dem einen Fall trat bei Eröffnung des Empyems, bei dem 2. bei erfolgreicher Behandlung der ? tbc. Pneumonie sofortige auffallende Besserung der Extremitäten-Schmerzen und Schwellungen auf. Radiographisch wurden periostale entzündliche Auflagerungen auf tibia, radius, ulna und den Metakarpen festgestellt. **Mosenthal**-Berlin.

7) **Iselin** (Basel). Wachstumshemmung infolge von Parathyreoidektomie bei Ratten.

Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1908. 93. Bd., p. 494.

Unter Schonung der Schilddrüse gelang es J. bei Ratten die Epithelkörperchen zu entfernen. Es trat Hemmung der Entwicklung nicht nur an den Weichteilen ein, sondern am ganzen Knochensystem, vorzüglich an der Wirbelsäule, den Kniegelenken, am Kopf. Verbildungen der Knochen waren röntgenologisch nicht zu sehen.

Die Zähne wurden brüchig infolge mangelhafter Kalkablagerung im Dentin. **Manheld**-Berlin.

8) **Hochsinger.** Diagnostische Betrachtungen über einen Fall von Chondrodystrophia foetalis im Säuglingsalter.

Zentralbl. f. Kinderheilkunde. 1909. Nr. 2.

Die Chondrodystrophia beruht auf einer Hemmung der enchondralen Ossifikation an den Knorpelfugen bei ungestörtem periostalem Knochenwachstum. Beschreibung eines Falles mit ausgesprochener Mikromelie, der klinisch evtl. mit Rachitis, Myxödem und vor allem mit luetischen Affektionen Ähnlichkeit hat. Doch ist das Röntgenbild entscheidend: die Extremitätenknochen sind abnorm kurz, breit und sehr dicht gefügt. Die Diaphysenenden sind pilzartig verbreitert, eine Folge der besonders lebhaften periostalen Ossifikation. Die Knochenkerne der Epiphysen sind normal entwickelt. Im vorliegenden Falle sind auch die Rippen und das Schlüsselbein stark verkürzt. Der Kopf ist wie gewöhnlich auffallend gross.

Meyer-Heidelberg.

9) **Milner** (Leipzig). Historisches und Kritisches über Knochenzysten, Chondrome, fibröse Ostitis und ähnliche Leiden.

Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1908. 93. Bd., p. 328.

Die Arbeit enthält einen Vergleich Virchowscher und anderer Autoren Theorien über Knochenzysten, Chondrome etc.



und die Aufforderung an die Chirurgen, auf diesem Gebiete weitere Untersuchungen zur Klärung der Frage vorzunehmen.

Manhold-Berlin.

10) v. **Félegyházi** (Klausenburg). Beiträge zur Erklärung der Wirkungsweise der Bierschen Stauung im Granulationsgewebe fistulöser fungöser Herde.

Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1908. 93. Bd., p. 459.

F. untersuchte histologisch tuberkulöse Gewebe, die der Saug- und Staubehandlung unterworfen wurden. Er konnte die Heilwirkung erklären als entstanden durch Kolliquation der kranken Gewebsteile einerseits und dadurch leichtere Resorbierbarkeit durch Phagocyten, andererseits durch Sklerosierung — Einkapselung der tuberkulösen Partien durch Bindegewebswälle.

Manhold-Berlin.

11) J. A. **Schabad** (St. Petersburg). Die Behandlung der Rachitis mit Leberthran, Phosphor und Kalk.

Zeitschr. für klin. Med. 68. Bd. 1.—2. H., p. 94.

Verf. teilt mehrere Versuchsreihen mit, die er über die Kalk- und Phosphorretention bei rachitischen Kindern anstellte bei Darreichung von Phosphorleberthran und Kalk. Die Resultate sind: wesentliche Steigerung der Kalk- und Phosphorretention bei Rachitischen durch Phosphorleberthran. Der Leberthran allein bewirkt schon eine Steigerung, Phosphorleberthran erhöht diese aber noch. Zusatz eines Kalkpräparates zu dem Phosphorleberthran (essigsaur. Kalk) ergab auch gute Retention dieses anorgan. Kalkes. Die Versuche sind für eine erfolgreiche Therapie der Rachitis von Bedeutung.

Balsch-Heidelberg.

12) **Brade** (Breslau). Die Codivillasche Operation zur Behandlung der Pseudarthrose.

Beitr. z. klin. Chir. 1909. 61. Bd. 2. H., p. 308.

Verf. beschreibt einen nach der Codivillaschen Methode mit nur Periosttransplantation behandelten Pseudarthrosenfall, der ein glänzendes Heilungsresultat aufwies.

Knochen mit Periost zusammen wurde schon häufig transplantiert, Periost allein nur selten. Durch die guten Resultate ist ein Beweis geliefert für die selbständige Lebens- und Entwicklungsfähigkeit des Periostes.

Manhold-Berlin.



13) **C. F. Bailey** (London). The treatment of chronic rheumatic and rheumatoid arthritis by radiant head and cataphoresis.

British medical Journal. 1909. Nr. 2505.

Verfasser bespricht an der Hand von 2 Krankengeschichten (Arthritis deformans und Arthritis rheumatica), seine Behandlungsmethoden, die er mit gutem Erfolge durchgeführt hat und die in Bestrahlung mit einer Projektionslampe (768 Kerzen) und nachfolgenden elektrischen lokalen ionisierten Salzbädern bestand. Das Hauptgewicht bei der Bestrahlung legt er auf die Art des Lichtes, das möglichst dem Sonnenlichtspektrum gleichkommen muss. Patient sitzt mit dem erkrankten Gelenk dicht vor der Lampe, ca. 20 Min., und bewegt sein Gelenk, daran schliesst sich sofort das Bad, z. B. eine Hand in 2% ionisierte Lithium jod.-Lösung, die andere mit Chlorammonium; notwendig ist ein Strom von ca. 30—70 millampère; unterstützt wird die Behandlung durch innerliche Darreichung der Salze. **Mosenthal**-Berlin.

14) **Vignard** u. **Mouriquand** (Lyon). Tuberculose diaphysaire spina ventosa des grands os longs.

Revue d'orth. 1908. 6. p. 481.

Verf. stellen die Literatur der Fälle von Diaphysentuberkulose der langen Röhrenknochen zusammen, die ganz nach Art einer spina ventosa, wie man sie alltäglich an den kleinen Röhrenknochen zu sehen bekommt, aufgetrieben sind. Mit aller Genauigkeit werden darauf Aetiologie, pathologische Anatomie, Symptome, Komplikationen, Prognose, Diagnose und Behandlung beschrieben, ohne dass irgendwo ein Unterschied von der gewöhnlichen Spina ventosa erkennbar ist. Zum Schluss fünf Krankengeschichten: Spina ventosa des unteren Radiusdrittels (2 Mal), der Ulna, der Klavikula, der Fibula. — Meist waren noch andere tuberkulöse Knochen- und Weichteilaffektionen gleichzeitig vorhanden. **Ewald**-Hamburg.

15) **A. Poncet** und **R. Leriche** (Lyon). Tuberculose inflammatoire à forme scléreuse.

Revue d'orthop. 1908. Nr. 6, p. 545.

Inhaltlich deckt sich die Arbeit durchaus mit den oftmals in den Versammlungen zu Lyon und Paris oder in den Zeitschriften vorgebrachten Anschauungen der Verfasser über den tuberkulösen Charakter chronischer Arthritiden, sowie Fascien- und Aponeurosenretraktionen (vergl. frühere Referate und Vereinsberichte).

Ewald-Hamburg.



16) **L. Arnaud** (Lyon). Rhumatisme tuberculeux (Tuberculose inflammatoire, diffuse, sclérosante, du membre supérieur gauche).

Revue d'orthop. 1908. Nr. 6, p. 511.

Bei einem 31 jährigen Manne, der in den Tropen Malaria überstanden hatte und später einen akuten multiplen Gelenkrheumatismus bekam, der nur sehr langsam und unter Nachschüben ausheilte, wurde vor einigen Monaten auch der linke Unterarm inkl. Hand ergriffen, die trotz Salicyl der Sitz folgender bleibender Deformität wurden: Die Hand stand rechtwinklig volarflektiert und proniert, die Finger waren im Grundgelenk hyperextendiert, der kleine Finger im I. Interphalangealgelenk rechtwinklig gebeugt. In dieser Stellung war völlige Versteifung eingetreten. Teilweise fanden sich auch Ellenbogen- und Schultergelenk versteift. Die entsprechenden Muskeln und Aponeurosen fühlte man verhärtet resp. als retrahierte Stränge. Da man an verschiedenen Stellen vergrösserte Drüsen, ausserdem eine tuberkulöse Epididymitis fand, da ferner die befallen gewesenen Gelenke die Tendenz zur Versteifung zeigten, so führt A., ein Schüler Poncets, den „Rheumatismus" und die Handgelenksdeformität auf eine entzündliche Tuberkulose zurück. — Die Versteifungen wurden in Narkose durch forcierte Manöver teilweise beseitigt. Resultat: zuerst enorme Schmerzen, später „begann der Pat. seine Finger zu bewegen, wie er es seit langer Zeit nicht vermocht hatte". (In welchem Grade dies der Fall war, erfahren wir nicht.)

Ewald-Hamburg.

17) **E. Auffret** (Paris). La méthode de Mosetig dans le traitement des ostéomyélites chroniques.

Revue d'orth. 1908. 6. p. 523.

A. empfiehlt warm die Mosetigsche Jodoformplombierung von osteomyelitischen Höhlen und bespricht genau ihre Technik. Bei den 12 von ihm so behandelten Fällen ist allerdings nie — wie Mosetig es für seine Fälle behauptet — Heilung p. p. i. eingetreten, sondern die Plombe hat sich langsam mit der Neubildung des Knochens in 1—3 Monaten wieder ausgestossen. Im Verhältnis zu den jahrelang dauernden Fisteln ist diese Behandlungszeit aber noch kurz zu nennen. Die Plombierung soll man erst 3—4 Monate nach der akuten Osteomyelitis vornehmen (Gefahr des Rezidivs!) — Auch bei anderen chronischen Ostitiden (Tuberkulose, Syphilis, Typhus, Cysten, Parasiten) ist die Methode brauchbar. Dagegen versagt sie bei den tuberkulösen Gelenkleiden, und



Mosetig hat seiner Methode sehr geschadet, als er sie anstatt der erprobten konservativen Behandlung empfahl.

Als Hauptererfordernisse für ein gutes Gelingen stellt A. folgende Prinzipien auf: 1) breite Öffnung des Herdes und Entfernung alles Kranken, 2) Trocknen der Höhle durch Tamponade (oder mittels eines heissen oder kalten Luftstroms).

Ewald-Hamburg.

18) **Fr. Rosenbach** (Berlin). Zur Wismutbehandlung nach E. Beck.

Berliner klin. Wochenschr. 1909, 7, p. 299.

Von den Erfolgen der Behandlung tuberkulöser Fisteln mit Wismutinjektionen ist schon von verschiedenen Kliniken (Dollinger, Nidakovich, Ridlon und Blanchard) gutes berichtet worden. R. teilt 4 Fälle mit, von denen nur ein spondylitischer Senkungsabszess, der etwa $1^{1}/_{2}$ Jahre lang fistulös war und vergeblich mit Jodoformglyzerin behandelt wurde, nach 4 Injektionen der Wismutpaste (45 gr und weniger) ausheilte. In einem zweiten Fall ähnlicher Art schloss sich die Fistel zwar, brach aber nach 7 Wochen wieder auf. Hier war jedenfalls der Knochenprozess noch nicht zur Ausheilung gelangt. In einem Fall von chronischem Pleuraempyem versagte die Paste völlig; Patient starb an myokarditischen Veränderungen. — In einem vierten Fall wurde das Wismut bei einem kalten Abszess, der nach einer Resektion wegen Koxitis aufgetreten war, elfmal (je 20—30 gr!) injiziert. Es trat eine schwere Stomatitis ulcerosa auf, dazu bestanden Kopfschmerzen. Die Fistel wurde sofort ausgespült, worauf die Stomatitis abheilte. Allerdings schloss sich nach 5 Monaten auch die Fistel.

Ewald-Hamburg.

19) **Caminiti.** Ricerche sperimentali sulla guarigione delle lesioni traumatiche dei muscoli e sulla rigenerazione muscolare.

Il Policlinico, Sez. chir. 1909, fasc. 1.

An der Verheilung der verschiedenartigen traumatischen Läsionen nehmen, wie Golgi nachwies, das Bindegewebe und das Muskelgewebe Anteil; am aktivsten ersteres, weniger das zweite. Während in dem ersten die Regenerationstätigkeit aktiv oder unverändert bis an das Ende fortdauert, kann bei dem zweiten dies in gleicher Weise bei den einfachen Läsionen der Fall sein, während bei ausgedehnteren und schwereren Läsionen sie sich in kurzer Zeit erschöpft, ohne einen Ersatz der durch das Trauma verlorenen Fasern zu erreichen.

Der Prozess, durch den sich das gestreifte Muskelgewebe in diesen Fällen traumatischer Läsionen regeneriert, ist der der direkten Teilung, wie bereits viele Autoren annahmen. Die endgültige Reparation der scharfen linearen oder fast linearen Läsionen kann durch neue Muskelfasern geschehen, bei etwas beträchtlicheren Verlusten aber, namentlich bei ziemlich ausgedehnten Kontusionen, Quetschwunden und überhaupt bei sämtlichen Verletzungen, welche mit einem gewissen Muskelsubstanzverlust oder mit tiefgehenden Alterationen in einer grossen Anzahl von Fasern einhergehen, erfolgt die Reparation auf Kosten des Bindegewebes.

Buccheri-Palermo.

20) **Silberborth** (Karlsruhe). Ein Beitrag zur akuten Polymyositis.

Mediz. Klinik. 1908. Nr. 36, pag. 1377.

Selbständige multimuskuläre Erkrankungen werden selten beobachtet. S. beschreibt einen Fall, der sich durch Fieber, Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens, schubweises Auftreten von Muskelschmerzen unter gleichzeitiger starrer Anschwellung der Haut und stecknadelkopfgrosse Purpuraflecke charakterisierte. Differentialdiagnostisch kam Trichinosis in Betracht, konnte aber ausgeschlossen werden. Die Prognose solcher Fälle ist oft ernst.

Therapeutisch kann man wenig tun. Natr. salicyl., Antipyrin, Jodnatrium, Priessnitzumschläge etc. wurden versucht. In unserem Falle, der in Heilung überging, wurden hohe Dosen (6 g pro die) von salicyls. Natron gegeben. Die bakterielle Untersuchung des Blutes ergab negatives Resultat.

Stoffel - Heidelberg.

21) **H. Kolaczek** (Tübingen). Ueber ein muskuläres Chondrolipom.

Beitr. z. klin. Chir. Bd. 61. Pag. 127.

Während Weichteilenchondrome in Organen, die in nachbarschaftlicher Beziehung zu Knorpelstücken stehen — Parotis, Hals (Kiemenbögen), Ohrläppchen, Respirationstraktus etc. — öfters beobachtet wurden, gehören Muskelenchondrome zu den Seltenheiten. Verf. konnte in der Literatur nur drei sichere Fälle finden.

Bei einer 53 jährigen Frau fand sich dicht unterhalb der Leistenbeuge eine strausseneigrosse, harte Geschwulst. Der Tumor, der knolligen Bau zeigte, war, wie die Operation ergab, in der Adduktorenmuskulatur gelagert, ohne Zusammenhang mit Nachbargebilden (Knochen etc.). Die mikroskopische Untersuchung ergab typisches Fettgewebe und hyalines Knorpelgewebe. Beide Gewebs-



arten waren immer isoliert in Nestern gelagert und von einer Bindegewebskapsel umschlossen, standen also nirgends in näherer Beziehung zu einander. Dagegen zeigten Binde- und Knorpelgewebe Uebergänge.

Da das Chondrom eine Geschwulst des jugendlichen Alters ist, so glaubt Verf. an eine heteroplastische Entstehungsweise des von ihm beobachteten Tumor, also an eine Entstehung der Knorpelgeschwulst aus dem inter- und intramuskulären Bindegewebe der Adduktoren.

Stoffel - Heidelberg.

22) **Ejnar Nyrop** (Kopenhagen). Om Anvendelsen af Skinnehylsterapparates ved Behandlingen af den spinale Börnelamhed.

Nordisk Tidsskrift for Terapi. 1909. Pag. 97—103.

Beschreibung der modernen Behandlung der spinalen Kinderlähmung. Die Sehnentransplantation hat nicht seine besondere Sympathie. Die Herstellung und Anwendung der Schienenhülsenapparate wird genau beschrieben. (Figuren.)

Panum -Kopenhagen.

23) **J. Hunkin** (San Francisco). A contribution to the subject of muscle transference with particular reference to operative technic.

Americ. journ. of orth. surg. 1908. Bd. VI, 2.

H. berichtet über seine Fälle von Quadrizepsersatz sowie über die Verbesserungen der Stellung und Funktion des Fusses. Hervorzuheben ist, dass niemals Halbierungen der Sehnen (auch nicht der Achillessehne) vorgenommen wurden. In einem Fall von Lähmung beider Beine bei einem fünfjährigen Mädchen wurde zur Verstärkung des Quadrizeps der rectus abdominis verwandt, und zwar gingen von ihm aus Seidenfäden unter dem Poupartschen Band weg durch die Scheide des rectus femoris bis zur Patella resp. zum tuberculum tibiae.

Von der Technik, die sich sonst nicht von der allgemein geübten unterscheidet, ist bemerkenswert, dass H. keine Esmarchsche Binde verwendet. Eine neue Vereinigungsmethode der Sehnen resp. der Sehne mit dem Periost mittels besonders befestigter Seidenfäden wird angegeben. — Von einigen 100 Nähten erfolgte nur einmal die Fadenausstossung 10 Wochen nach der Operation. — Mit den Resultaten der Ueberpflanzung ist H. zufrieden.

Ewald-Hamburg.



24) **Delherm** (Paris). Behandlung der chirurgischen Muskelatrophien durch einen neuen elektrischen Apparat zur Erzeugung physiologischer Kontraktionen.

Zeitschr. für neuere physikal. Medizin. 1909. Nr. 1.

Der von Gaiffe angegebene Apparat ist bei allen Fällen indiziert, wo auch der faradische Strom angewandt wird: Reflex-Atrophien im Gefolge von Exsudaten, Atrophien nach Frakturen, Luxationen, sonstige Verletzungen etc. Der Apparat besteht im Prinzip aus einem Elektromagneten, welcher vor einem Dynamo hin- und heroszilliert. Je nach Stellung des Magneten entsteht im Dynamo ein Strom, der an Intensität zu- oder abnimmt. Der gelieferte Strom ist ondulatorisch oder sinusoidal mit verschiedener Intensität. Eine durch den Strom erzeugte Muskelkontraktion ist anfangs schwach, steigt allmählich zum Maximum, bleibt dort einen Augenblick bestehen und sinkt dann langsam wieder zum Nullpunkt zurück. Der Apparat ist infolge seiner mehr physiologischen Wirkung dem faradischen Strom nach Verf. Angaben weit überlegen.

Meyer - Heidelberg.

25) **M. Denncé** (Bordeaux). Contracture ischémique (Paralysie et contracture musculaire ischémique de Volkmann).

Revue d'orthop. 1909, 1. und 2., p. 1 und 97.

In Form einer breitangelegten Monographie wird alles zusammengestellt, was bezgl. des Krankheitsbildes, seiner Entstehungsmöglichkeiten, pathologischen Anatomie, Diagnose und Behandlung bisher in der Literatur mitgeteilt ist.

Wir können uns damit begnügen, D.'s persönliche Beobachtung zu referieren: ein 8jähriger Knabe bekam im Anschluss an einen Vorderarmbruch, der zu fest bandagiert wurde, eine typische Klauenhand, die im Hand- und in den Fingergelenken so gut wie unbeweglich war. D. verlängerte die Sehnen der Beugemuskeln und erreichte es durch Massage und Uebungen, dass der Junge 5 Monate nach der Operation die Hand und die Finger so gebrauchen konnte wie früher.

Bezgl. der Entstehung kommt D. auf Grund seiner Literaturstudien zu dem Schluss, dass die Ischämie die Koagulation des Myosins herbeiführt, einen Teil der Muskelfasern zerstört, einen Teil dagegen intakt lässt. Hinzutreten können nervöse Störungen, die teils durch die Ischämie selbst bedingt sind, teils erst durch die Muskelkontraktur zustande gekommen sind.



Was die Behandlung anlangt, so wird zunächst auf die prophylaktischen Massnahmen hingewiesen, die geeignet sind, einer Kontraktur vorzubeugen. Dann wird die nicht operative Therapie (Schienen, Bandagen, Massage, Elektrisieren) besprochen, die sich jedoch nur für die leichteren Fälle eigne. In schwereren und der Schienenbehandlung trotzenden Fällen muss operativ vorgegangen werden: Kontinuitätsresektion der Unterarmknochen (mit Verschraubung [wegen Gefahr der Pseudarthrosenbildung]) oder Verlängerung der Beuger. D. legt Wert darauf, bei beiden Operationen keine Esmarchsche Binde zu gebrauchen. Mit beiden Operationen sind nahezu gleich gute Resultate zu erzielen. Eventuell kann ausserdem die Freilegung der Nerven (medianus) in Frage kommen. — 96 Krankengeschichten aus der Literatur. **Ewald**-Hamburg.

26) **P. Bernstein** (Berlin). Das Bruchband „Multiform".

Mediz. Klinik. 1908. Nr. 36, pag. 1381.

B. verlegt bei der Konstruktion seines Bruchbandes den Hauptwert auf die Verstellbarkeit der Pelotte, die den Lage- und Formveränderungen des Bruches Rechnung tragen soll. Bei „Multiform" sind alle Teile auswechselbar, ausserdem ist die Pelotte in ihrer Längs- und Querachse verstellbar. Die Materialien, aus denen das Bruchband hergestellt ist, werden durch Schweiss sehr wenig beeinflusst. **Stoffel**-Heidelberg.

27) **Scheuermann** (Kopenhagen). Ein aus Zentralnervengewebe bestehender Tumor sacralis congenitus.

Arch. f. klin. Chir. 1908. 88. Bd. 1. H. p. 310.

Verf. untersuchte ein 3 monatliches Kind mit angeborenem Sakraltumor, der exstirpiert werden musste, weil er schnell wuchs und zu bersten drohte. Die mikroskopische Untersuchung zeigte das Vorhandensein von fast ausschliesslich Gliazellmassen, wenig bi- oder multipolarer.

Die Stellung dieses Tumor ist in der Systematik keine sichere, er kann den Tumoren zugerechnet werden, die vom unteren Segment des Foetus ausgehen, aber auch eine zweite gesonderte Keimanlage repräsentieren.

Der Tumor verursachte dem Kind keinerlei Beschwerden — keinerlei Druckerscheinungen, Lähmungen.

Wenn ein Platzen, Gangränöswerden oder zu rasches Wachstum des Tumors nicht dazu auffordern, so sollte eine Exstirpation nicht vor dem Ende des 1. Lebensjahre vorgenommen werden.



Die Operation kann gefährlich werden wegen Grösse der Schnittwunde, Eröffnung des Spinalkanals oder des Peritoneums.

Im beschriebenen Falle verlief der operative Eingriff ohne Komplikationen. **Manhold**-Heidelberg.

28) **Oehlecker** (Hamburg-Eppendorf). Eine kongenitale Verkrümmung der Wirbelsäule infolge Spaltung von Wirbelkörpern (Spina bifida anterior).

Beitr. zur klin. Chir. 1909. 61. Bd., 3. H., p. 570.

O. teilt einen sehr seltenen Fall von Spaltung der Wirbelkörper mit, der bei einem $6^1/_2$jährigen Mädchen beobachtet wurde, welches wegen eines kyphoskoliotischen Gibbus in Behandlung kam. Subjektive Beschwerden waren nicht vorhanden. Die exakte Diagnose wurde erst durch das Röntgenbild gestellt, welches eine Spaltbildung an den unteren Halswirbeln und einem grossen Teil der Brustwirbel zeigte. Ferner waren Defekte an den betreffenden Wirbeln zu sehen und ein teilweises Auseinanderweichen der getrennten Wirbelkörperhälften.

Die Spina bifida anterior hat nichts mit der gewöhnlichen, der sp. bif. post. — Spaltung der Wirbelbogen — zu tun. Sie ist eine embryonale Hemmungsbildung aus der Zeit, wo die häutige Wirbelsäule anfängt, in die knorpelige überzugehen. Die Wirbelkörper haben eine unpaare Anlage.

Die im betreffenden Fall vorhandenen Defekte an den Wirbelkörpern sind auf Raummangel zurückzuführen.

Die Mutter gab an, im 3. Schwangerschaftsmonat ein Trauma des Leibes erlitten zu haben.

Beim Kind waren keinerlei Druckerscheinungen des Rückenmarkes von den Organen der Leibeshöhle zu konstatieren.

Die Therapie bestand in Verordnung eines Zelluloidkorsetts mit Jury-Mast. Von Zeit zu Zeit wird röntgenologisch kontrolliert, ob die Verbildung der Wirbelsäule zunimmt. **Manhold**-Berlin.

29) **De Munter** (Liège). Die Verkrümmungen der Wirbelsäule.

Scalpel et Liège médical. 21., 28. III. 1909.

Der Verfasser wirft einen Ueberblick auf die verschiedenen Verkrümmungen der Wirbelsäule. In diesen für Nicht-Orthopäden geschriebenen Seiten ist nur erwähnenswert, mit welchem Optimismus der Verfasser der Behandlung Wert beimisst, und ferner die Behauptung, dass nach der durch Gipsverbände bewirkten Korrektur keine Gymnastik angewendet werden soll. **Kaisin**-Floreffe.



30) **Borchardt** und **Rothmann** (Berlin). Zur Kenntnis der Echinokokken der Wirbelsäule und des Rückenmarks.

Arch. f. klin. Chir. 1909. 88. Bd. 2. H. p. 328.

Die Verff. hatten Gelegenheit, einen der sehr seltenen Fälle von Wirbelsäulenechinokokkus zu beobachten und zu behandeln. Die Patientin, 46 Jahre alt, litt seit 20 Jahren an Rückenschmerzen. Vor 8 Jahren hatte sie eine linksseitige Rippenfellentzündung. Vor 6 Jahren wurde sie an einer Echinokokkengeschwulst am Rücken operiert.

Seit 4 Monaten stellten sich Kompressionserscheinungen des Rückenmarkes ein, krampfartige Zuckungen in den Beinen, spastische Lähmungen. An der Wirbelsäule war keine Deformität sichtbar.

Die Operation bestand in Inzision eines neben der Wirbelsäule gelegenen Echinokokkensackes, Exstirpation desselben, Laminektomie des 4.—7. Brustwirbels und Entfernung extradural gelegener Echinokokken.

Infolge schon vorher bestehender Lungenembolie trat Exitus ein.

Eigentliche Rückenmarksechinokokken gibt es nicht. Auch die Entwickelung in den Rückenmarkshäuten ist selten. Meist ist der primäre Sitz im Knochen, darauf erfolgt erst das Vordringen bis oder in den Wirbelkanal.

Die Diagnose auf Echin. d. Wirbelsäule ist nur zu stellen, wenn, entweder wie bei dem beschriebenen Fall schon früher eine Echinokokkengeschwulst entfernt worden ist, oder bei erfolgtem Durchbruch in den Duralsack bei etwa vorgenommener Lumbalpunktion konstatieren von Echinokokkenhaken und Bernsteinsäure im Punktat.

Die Prädilektionsstelle für Echinokokken an der Wirbelsäule sind die obere Brustwirbel- oder Lumbal- und Sakralwirbelgegend.

Lange bestehende Wirbelsäulenschmerzen können auch ein Anhaltspunkt für die Diagnose Echinokokken sein, wenn eine anderweitige Ätiologie der Schmerzen nicht aufzufinden ist.

Das Röntgenbild kann oft Aufklärung über die Art des Leidens geben.

In allen Fällen raten die Verf. Vornahme einer Operation, wenn möglich radikale Exstirpation der Geschwulst.

Manhold - Heidelberg.



31) **Schupfer** (Florenz). Sopra un caso di frattura della decima vertebra dorsale ed ematomielia.

Riforma medica. 1909. Nr. 10.

Der Fall ist sowohl unter dem klinischen, als unter dem pathologisch-anatomischen Gesichtspunkt von Interesse.

Buccheri-Palermo.

32) **Ejnar Nyrop** (Kopenhagen). Om Behandlingen af Spondylitis tuberculosa.

Ugeskrift for Laeger. 1909. Pag. 247—254. Figuren im Text.

N. empfiehlt Calots Behandlung, welche er mit schönen Resultaten angewendet hat. Die statischen Verhältnisse der Wirbelsäule, sowohl die normalen als auch die pathologischen, werden z. T. nach Ducroquet, besprochen. Die Herstellung und Verwendung von Calots (Gips, Zelluloid) Bandage bei verschiedenen Formen von Spondylitis wird erwähnt. Zum Gehen sollen die Patienten nicht animiert werden. Sanatorienbehandlung hat grosse Vorteile. Komplikationen werden konservativ behandelt. Tuberkulinbehandlung kann vielleicht von Nutzen sein. **Panum**-Kopenhagen.

33) **James Fränkel** (Berlin). Die Lokalisation der Umkrümmung und andere Forderungen in der Skoliosenbehandlung.

Münch. med. Woch. 1909. Nr. 5, p. 223.

F. hat nicht nur leichte Skoliosen unter der Kriechbehandlung sich bessern gesehen, sondern auch schwere. Um die Wirkung zu lokalisieren, lässt F. „asymmetrisch kriechen“, wodurch die Wirbelsäule an der gewollten Stelle umgebogen wird. Durch das „hohe Kriechen“, d. h. mit stark aufgerichtetem Oberkörper erreicht er eine starke Lordosierung des Rückens, wodurch wiederum die Lendenmuskulatur ausserordentlich gekräftigt werden soll. Die günstige Beeinflussung der schweren Skoliosen durch das Kriechen beruht auf der Mobilisierung und Detorquierung des befallenen Wirbelsäulensegments. Wird durch das hohe Kriechen, durch die Steilstellung der Arme eine Lordose im Lumbal- resp. Lumbodorsalteil veranlasst, so wird (bei Dorsalskoliose!) das Brustsegment der Wirbelsäule dadurch lordotisch, dass die Kriechübung unter Winkelung der Arme, schleichend wie beim Tiger, ausgeführt wird. Damit wird auch die Stelle der Abbiegung dorthin verlegt. Die Resultate, die mit dieser Methode bei Dorsalskoliosen erzielt wurden, haben die Erwartungen bestätigt, ja sie sogar übertroffen.



Durch das völlige Winklig- resp. Steilstellen der Arme kann in jedem Fall die Lordose an eine bestimmte Stelle lokalisiert werden, wodurch die weitgehendste Individualisierung ermöglicht wird. Auch die Doppelskoliosen können durch asymmetrisches Kriechen beeinflusst werden. — Wie F. an Röntgenbildern, die bei habitueller Haltung und bei maximaler Umkrümmung aufgenommen wurden, gefunden hat, wird auch die Torsionsrichtung beim Kriechen umgekehrt. Damit steht die Beobachtung Lovetts im Einklang, dass die die Seitenabbiegung der Wirbelsäule begleitende Rotation in aufrechter und hyperextendierter Stellung nach der konkaven Seite der Skoliose gerichtet ist. **Ewald** - Hamburg.

34) **Firmin Carles.** Sur quelques cas de scoliose liée à l'existence de la paralysie infantile.

Revue d'orthop. 1909. Nr. 1, p. 43.

Während die Mehrzahl der Autoren, insbesondere Messner und Kirmisson, bei der paralytischen Skoliose die Konvexität auf der gesunden Seite festgestellt hat, beobachtete sie C. in den fünf Fällen, die er nach Kinderlähmung auftreten gesehen hat, nach der gelähmten Seite hin gerichtet. Aus den Krankengeschichten geht hervor, dass ausser einer totalen Lähmung der Rückenmuskulatur einer Seite immer auch die Bauchmuskulatur derselben Seite, oft auch eine Extremität ganz oder teilweise gelähmt war. — (Die Lähmungen wurden durch elektrische Untersuchungen sichergestellt.) In drei Fällen blieb die Skoliose auch in Rückenlage bestehen. Dass die Konvexität bald nach der gesunden, bald nach der kranken Seite gerichtet ist, hängt mit der bald totalen, bald partiellen Lähmung der Rückenmuskulatur einer Seite zusammen. Auch darf nicht vergessen werden, dass neben den Muskeln auch die Wirbelkörper einseitig atrophieren können. Namentlich die letztere Tatsache kann gut die Verkrümmung nach der gesunden Seite erklären.

Ewald-Hamburg.

35) **Dieulafé.** Scoliose reflexe et abscès périnéphrétique.

Revue d'orth. 1909. Nr. 1, p. 39.

Reflektorische Skoliosen sind beschrieben bei Nierensteinen, -Kontusionen, -Entzündungen, Wanderniere und perinephritischen Abszessen. Einen Fall letzterer Art hat D. beobachtet: der 35jähr. Mann bekam im Anschluss an eine Gonorrhoe Fieber und Schmerzen in der rechten Nierengegend. Nach und nach kontrahierte sich die entsprechende Rückenmuskulatur, so dass eine linkskonvexe Lumbal-



skoliose zustande kam. Die Operation ergab einen perinephritischen Abszess. — Nach drei Wochen völlige Heilung und Verschwinden der Skoliose. **Ewald** - Hamburg.

36) **v. Saar** (Graz). Zur operativen Freilegung der hinteren oberen Thoraxfläche.

Beitr. z. klin. Chir. 1909. 61. Bd. 2. H., p. 301.

v. S. probierte bei einem Fall von Rippenkaries, die sich weit nach hinten ausdehnte und eine ausgiebige Inspektion der hinteren Thoraxfläche erwünscht erscheinen liess, eine neue Operationsmethode aus.

Bis jetzt soll auf die leichte operative Zugänglichkeit dieser Region noch nicht hingewiesen worden sein. Verf. überzeugte sich von der Brauchbarkeit und leichten Technik seiner Methode in mortuo und in vivo.

Er geht mit einem spannenlangen Schnitt medial an der Skapula ein. Die oberen Rückenmuskeln werden medianwärts zurückgeklappt, ev. abpräpariert. Abhebeln der Skapula durch Emporheben ihres medialen Randes. Das ganze hintere Thoraxgebiet liegt auf diese Weise frei.

Nach erfolgtem operativen Eingriff Reposition und Vernähung der durchtrennten Muskelpartien. Die Bewegungsfähigkeit der oberen Extremität soll durch den Eingriff an sich keinesfalls beeinträchtigt werden. **Manhold** - Berlin.

37) **Fritz König** (Altona). Ueber die Behandlung der durch Lungenverletzung bei subkutanen Rippenbrüchen entstandenen Komplikationen.

Archiv für klin. Chir. 1908. 87. Bd, p. 467.

Verf. rät ein aktives Vorgehen an bei subkutanen Rippenbrüchen mit Komplikationen in Form von Pneumothorax, Emphysem, lang dauernder Kompression der Lungen durch Blut oder Flüssigkeitsexsudate.

Die Operation soll die Flüssigkeit oder Luft aus der Pleura entleeren. Wenn nötig, soll die mobilisierte Lunge in der Wunde fixiert werden, um erneuter Kompression vorzubeugen oder schwerer Schwartenbildung. **Manhold** - Berlin.

38) **Elgart** (Brünn). Amputatio humeri osteoplastica et antibrachii tenoplastica.

Arch. f. klin. Chir. 1908. 88. Bd. 1. H. p. 240.

Verf. nennt seine Studie einen Beitrag zur Frage der künst-



lichen Hand und sucht das Interesse der Chirurgen zu gewinnen für das weitere Schicksal der Amputationsstümpfe, sc. die Berücksichtigung der Amputationsmethoden im Hinblick auf die Prothesenkonstruktion, das bestmögliche Ausnutzen der im Amputationsstumpf vorhandenen Kräfte.

Im Allgemeinen wird die Rotationsfähigkeit der Stümpfe zu wenig ausgenutzt. Nach dem Vorschlag des Verf. und Beschreibung einer osteoplastischen Methode für den Oberarm muss das Knochenende eine breite und flache Form erhalten, um darauf eine Kompressionsmanschette anzubringen, die alle Rotationen mitmachen muss. Dadurch soll nahezu normale Beweglichkeit durch die Vorderarmprothese vorgetäuscht werden.

Für den Vorderarm sucht Verf. theoretisch die Sehnen der Stümpfe nutzbar zn machen, indem er sie durch einen Ring zieht, der die künstliche Hand bewegen soll.

In praxi misslang Verf. ein solcher Operationsversuch. Die so konstruierte Prothese ist für leichtere Arbeitsverrichtung gedacht.

Manhold - Heidelberg.

39) **De Francesco** (Mailand). Verwertung eines alten Amputationsstumpfes mittels plastischer Resektion nach Vanghetti. Methode A: Keule.

Arch. f. klin. Chir. 1908. 87. Bd. 3. H., p. 571.

Nach Vanghetti kann die Muskelkraft eines Amputationsstumpfes nutzbar gemacht werden durch Bilden einer Schlinge aus den Muskelgruppen und Durchziehen einer Schnur durch dieselbe, die motorisch an die Prothese geleitet ist, oder durch Bilden eines keulenförmigen Amputationsmuskelstumpfes. In die Furche oberhalb der Keule wird ein gepolsterter Ring gelegt, der die Muskelkontraktionen auf den Prothesenapparat überträgt.

Mit letzterer Methode behandelte Verf. einen jungen Arbeiter, dessen rechter Unterarm 5 Jahre vorher anderweitig amputiert worden war.

Nach verschiedenen Zwischenfällen wurde eine gute Gebrauchsfähigkeit des Stumpfes + Apparates erzielt. **Manhold**-Berlin.

40) **Hilgenreiner** (Prag) — **Coenen** (Breslau). Bemerkungen zu der Arbeit von H. Coenen „Die Behandlung des suprakondylären Oberarmbruches“ und Erwiderung von Coenen.

Beitr. zur klin. Chir. 1909. 61. Bd., 3. H., p. 799—802.

Eine Kontroverse von H. und C. wegen der Zweckmässigkeit der spitz- oder stumpfwinkligen Stellung des Armes nach der Reposition bei suprakondylären Oberarmfrakturen.



Ersterer meint, den Röntgenbildern nach, mit der spitzwinkligen Methode bessere Resultate erzielt zu haben, letzterer mit der stumpfwinkligen. **Manhold**-Berlin.

41) **Martini** (Turin). Ueber einen neuen Apparat für die Behandlung der Frakturen des Armes.

Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1908. 93. Bd., p. 389.

Verf. konstruierte einen Apparat, mit dem es möglich ist, die Frakturenden zu reduzieren, zu fixieren, zu extendieren, und gleichzeitig die lädierten Teile frei zugänglich zu machen für mobilisierende Massnahmen. **Manhold**-Berlin.

42) **Levy.** Osteoplastische Resektion des Ellenbogengelenks.

Zentralbl. f. Chir. 1909. Nr. 18.

Um ein „innerhalb normaler Grenzen“ bewegliches Gelenk wiederherzustellen, macht L. eine temporäre osteoplastische Resektion des Olekranon, um dieses nach Entfernung des Krankhaften in seiner normalen Lage wieder anzuheilen. Schnittführung: Zungenförmiger Lappen, dessen Basis auf dem Gelenk und dessen Spitze auf dem Vorderarm liegt. Er beginnt medial einige cm oberhalb des Epicondylus, erstreckt sich nach unten bis zur Grenze zwischen oberem und mittlerem Drittel des Unterarms und endet an der radialen Seite kurz vor dem Epicondylus. Nach Freilegung des Nerv. ulnaris und Loslösung des flexor carpi ulnaris werden diese zur Seite gezogen, dann wird das Periost am Epicondylus medialis losgelöst und dieser vom Oberarm getrennt. Auf der radialen Seite wird sodann der Hautschnitt vertieft und zwischen Anconaeus quartus und Extensoren nach Durchschneidung der Fascie das Gelenk freigelegt und von hier aus mittels Drahtsäge, die quer durch die Fossa sigmoidea geführt ist, das Olekranon mit einem Stück aus dem Schaft der Ulna schräg abgesägt, ungefähr bis zum Ansatz des Anconaeus quartus. Jetzt klafft das Gelenk breit und alles Krankhafte wird entfernt. Hierauf wird der mediale Epicondylus und das Olekranon wieder in ihre Lage gebracht und ev. mit Stiften befestigt. Nachbehandlung in stumpfwinkliger Beugung und frühzeitiger Beginn von aktiven und passiven Bewegungen.

Meyer-Heidelberg.

43) **Corner.** Fractures of the olecranon and the value of their treatment by direct and internal splintage.

Lancet, 23. Jan. 1909.

Für die Funktion nach Olekranonbrüchen macht es nach



Verfassers Ansicht (7 Fälle) wenig Unterschied, ob die Fragmente knöchern oder fibrös verbunden sind; viel wichtiger ist, dass das Olekranon nicht mit dem Humerus verwachsen ist; dies muss bei der Behandlung in erster Linie berücksichtigt werden. Alle Stifte, Nägel etc. werden locker, ohne äusserliche Schienen und führen meist zur fibrösen Vereinigung. Die besten Resultate geben Nähte, und von diesen sind die Silberdrahtnähte am meisten zu empfehlen. Die Operation soll sobald wie möglich vorgenommen werden, die Naht muss durch äussere Schienen unterstützt werden, baldige Bewegung, um eine Verwachsung mit dem Humerus zu verhüten.

Mosenthal - Berlin.

44) **Félix Marsau** (Paris). Sur un nouveau cas de maladie de Madelung.

Arch. génér. de Chir. 1908. Nr. 11.

Ein 19jähriger Mann, tuberkulös belastet, bekam vor 3 Jahren, einige Zeit nachdem er Tischler geworden war, eine schmerzhafte Schwellung an beiden Handgelenken. Diese sollen während eines Jahres völlig versteift gewesen sein. Später erkrankte auch das Sprunggelenk (tuberkulöse Fistel) und eine Hüfte. Pat. hat angeblich bis zum 16. Jahr sicher normale Handgelenke gehabt. Jetzt besteht beiderseits eine Madelungsche Deformität, links sehr stark (Prominenz des unteren Ulnaendes, volare Verschiebung der Hand, ulnare Abduktion). Das untere Radiusende hat eine volargerichtete Konkavität. Links und rechts ist die Dorsalflexion fast ganz aufgehoben, die Pro- und Supination behindert. Es treten bei den Bewegungen Schmerzen und Krepitation auf. Am Röntgenbild sieht man beiderseits einen Radius curvus, links am unteren Radiusende einen Sporn, der nach der Ulna hinschaut und jedenfalls die Drehbewegungen hemmt. Die Epiphysenlinie ist links nur an der inneren Hälfte des Radius erhalten, rechts besteht sie nur an den äusseren drei Vierteln des Querschnitts. Besprechung der Theorien über das Wesen und die Entstehung der Madelungschen Deformität (radius curvus sei die beste Bezeichnung!). Die Frage, ob die Madelungsche Deformität (die Epiphysenstörung!) eine Folge der entzündlichen Tuberkulose ist, wird von Poncet und Leriche bejaht, von Broca strikte verneint (derartige Missbildungen am Handgelenk nach Arthritis seien überhaupt keine Madelungsche Erkrankung!).

Ewald - Hamburg.



45) **Gaugele.** Madelungsche Handgelenksdeformität.
Archiv. f. klin. Chir. Bd. 88. H. 4.

Beschreibung dreier Fälle. G. definiert die Erkrankung dahin, dass eine Deformität des Handgelenks vorliegt, bei der es sich um ein Luxations- bezw. Subluxationsverhältnis des distalen Ulnaendes zum distalen Radiusende einerseits und zum anliegenden Karpus andererseits in dorsaler Richtung handelt, gleichgültig welche Entstehungsursache vorliegt. Erstes Symptom der Erkrankung bildet nach dem Verf. eine Lockerung bezw. Überdehnung des Bandapparates mit starken Schmerzen verbunden. Die Diastase der Vorderarmknochen ist zunächst eine lockere, später eine fixierte. Die Ursache der Deformität bildet stets eine berufliche oder sportliche Überanstrengung. Die Entstehung der Erkrankung kann durch Rhachitis oder ein akutes Trauma unterstützt werden. Das Leiden schreitet anfangs fort, zeigt später Tendenz zum Stillstand. Therapeutisch verwandte G. Massage, Heissluftbäder, Handmanschette und Übungen. **Meyer**-Heidelberg.

46) **Olivier Lenoir** (Paris). La fracture des boxeurs; fracture dè l'extrémité inférieure du premier métacarpien.
La presse médicale. 1909. Nr. 25.

Frakturen des ersten Metakarpusknochens sind selten, die radioskopischen Untersuchungen der Hände hervorragender professioneller Boxer haben aber gezeigt, dass diese Verletzung bei denselben relativ häufig vorkommt, sie kann also als eine professionelle Verletzung angesehen werden. Sie kommt hauptsächlich durch heftig geführte seitliche Stösse (swings, hooks, crosses), zu stande, indem die Schwere des Hiebes hauptsächlich auf die erste Phalanx des Daumens und das Metakarpo-Phalangealgelenk zu lasten kommt. Der Kopf des ersten Metakarpus wird dadurch nach innen gedrückt und es kommt zur Fraktur durch Inflexion. Einige Wochen Ruhe und etwas Massage war für die betreffenden Faustkämpfer genügend, um die Hand wieder gut gebrauchen zu können. Oft konnten dieselben trotz stattgehabter Verletzung den begonnenen Faustkampf zu Ende führen. Es ist dies wissenswert, da heute viele Arbeiter durch den Bruch eines Mittelhandknochens als schwer geschädigt in ihrer Arbeitsfähigkeit angesehen werden wollen. **E. Toff.**

47) **Blauel.** Ein Beitrag zu den Spiralbrüchen der Metakarpalknochen.
Beiträge zur klin. Chir. Bd. 62. H. 1.

Beobachtung dieser seltenen Verletzung am 2, 3 und 4 Meta-



karpus. Die Verletzung war während des Skilaufens entstanden, als der Patient in voller Fahrt an einem Baum vorüberfahren wollte und ihm hierbei wahrscheinlich der Stock, den er in der Hand hielt, aus der Hand geschlagen wurde. Äussere Verletzung war nicht nachweisbar, nur Schwellung des Handrückens, Druckschmerzhaftigkeit der Mittelhand, keine Krepitation, keine abnorme Beweglichkeit; die Finger können nicht völlig zur Faust geschlossen werden, sonst gut beweglich. Röntgenbild sichert die Diagnose: Spirallinien beginnen distal auf der radialen Seite und enden proximal auf der ulnaren der Metakarpalia 2, 3 und 4. Der Mechanismus der Verletzung ist nach Verf. Ansicht so zu stande gekommen, dass der Stock, den der Patient in der rechten Hand hielt, durch die starke Geschwindigkeit mit voller Wucht gegen den Baum schlug, wobei eine Drehung des Stockes zu stande kam und zwar so, dass das untere Ende des Stockes der Fahrtrichtung entgegengesetzt nach links, das obere Ende sich nach rechts bewegte. Der Kleinfingerballen ist als Drehpunkt anzusehen. Infolgedessen machte sich durch die Bewegung des festgehaltenen vorderen Endes eine Gewaltwirkung um diesen Drehpunkt zunächst auf die gebeugte Grundphalanx des Zeigefingers geltend, diese ulnarwärts drehend und somit auch das Metakarpale torquierend. Der abgebogene 2. Finger verschob in gleichem Sinne die Grundphalanx des 3. und diese diejenige des 4. Fingers. Durch diese Torsion kamen die Spiralbrüche zustande. Diese Beobachtung stützt die Anschauung Schlatters über den Mechanismus der Verletzung. (Beitrag zur klin. Chirurgie Bd. 49.)

Meyer-Heidelberg.

48) **Home.** Compound dislocation of a terminal Phalanx.

Lamiet. 27. Febr. 1909.

Bei komplizierter Luxation der Fingerendphalanx empfiehlt H. die Resektion des Gelenkes, die er der Amputation des Endgliedes wegen des besseren funktionellen Resultates vorzieht.

Mosenthal-Berlin.

49) **A. Stieda** (Königsberg). Zur Symptomatologie der Tuberkulose des Ileosakralgelenks.

Berlin. klin. Wochenschr. 1909. 6. p. 242.

Ein 21jähr. Mädchen bekam vor 5 Monaten Schmerzen in der linken Hüfte, die nur einen stark hinkenden Gang erlaubten, Rechts konvexe Lumbalskoliose, seitliche Bewegung der Wirbelsäule nach rechts beschränkt und schmerzhaft. Beim Erheben des



rechten Beines sinkt die rechte Beckenhälfte tief herunter. (Trendelenburg). Hüftgelenk frei beweglich. Gang wie bei der kongenitalen Hüftluxation. Röntgenbild ergibt Unregelmässigkeit der dem Gelenkspalt entsprechenden Linien und Verbreiterung des Spaltes. Beh.: da Sayresches Gipskorsett und Lorenzscher Gehverband ohne Erfolg, nur Bettruhe. Nach 4 Wochen (!) waren die Schmerzen geringer, der Gang besser, das Trendelenburgsche Phaenomen war nur noch angedeutet vorhanden. Letzteres kommt nicht nur bei ungenügender Wirkung des glutaeus medius und minimus zu Stande sondern, wie Ludloff gezeigt hat, auch bei Verletzungen in der Gegend der Articulatio sacroiliaca und bei vertikalen Kreuzbeinbrüchen, und, wie Spitzy zuerst hervorgehoben hat, bei der Tuberkulose des Ileosakralgelenkes, da bei Kontraktion der Glutaealmuskulatur das Kreuzbein gegen das Darmbein gepresst wird, was bei entzündetem Gelenk Schmerzen verursacht. Bei 3 anderen Fällen von Tuberkulose des Ileosakralgelenks war das Phaenomen einmal nur angedeutet, einmal nicht nachzuweisen, einmal konnte Pat. auf dem krankseitigen Bein nicht stehen.

Ewald-Hamburg.

50) **Jacobsohn** (Breslau). Ueber kombinierte Syn- und Polydaktylie.

Beitr. z. klin. Chir. 1909. 61. Bd. H. 2, p. 332.

J. zählt eigene und fremde Beobachtungen auf über die Kombination von Syn- mit Polydaktylie. Das Vorhandensein der ersteren ist oft erst durch das Röntgenbild sicher zu konstatieren und so mögen viele früher beschriebene Fälle von Polydaktylie eine Kombination beider Anomalien gewesen sein, die nur vor der Röntgenära nicht erkannt wurden. **Manhold**-Berlin.

51) **Froelich** (Nancy). Traitement de la luxation congénitale de la hanche chez les sujets âgés.

Revue d'orthop. 1909. Nr. 1, p. 35.

Drei Hilfsmittel stehen zur Besserung des Ganges sowie des Allgemeinzustandes bei alten angeborenen Hüftverrenkungen zur Verfügung: 1. ein Lederkorsett mit Trochanterbügel, der den Trochanter major möglichst am Heraufsteigen hindert. (Daneben Abduktion während der Nacht und Massage. — Ausgleich der Verkürzung mittels erhöhten Stiefels.) Fr. hat mit dieser rein mechanischen Methode gute Erfolge zu verzeichnen. 2. die subtrochantere Osteotomie, von Fr. bei 15 Patieuten (z. T. 22—32 Jahre alt) angewandt und zwar namentlich bei doppelseitigen Hüftluxationen.



Auch hier waren die Erfolge befriedigend. 3. die forcierte Abduktion, die aber Fr. wegen der monate—jahrelangen Fixationsdauer nicht angewandt hat.

Um doch noch im späteren Alter (9.—14.) eventuell eine unblutige Einrenkung zu ermöglichen, hat Fr. in zehn Fällen zunächst eine Dauerextension (8 Tage bis 2 Monate, nicht über 25 kg) versucht. Einmal musste diese wegen Schmerzen, einmal wegen Ischiadikuslähmung nach acht Tagen aufgegeben werden. Dreimal war die Reposition unmöglich. Zweimal konnte der Kopf nicht in der Pfanne belassen werden (wegen Vereiterung eines Haematoms und wegen Ischiadikuslähmung). Von den 5 anderen Repositionen sind zwei ein und drei Jahre nach der Reposition noch ankylotisch, trotzdem sie nur 6—8 Wochen immobilisiert waren. — Also haben nur drei Repositionen (von 10!) ein befriedigendes Resultat ergeben. Fr. rät, im späteren Alter nur dann zu reponieren, wenn 1. der Kopf nicht mehr als 3 cm oberhalb der Pfanne steht, 2. die Muskulatur nicht zu kräftig entwickelt ist, 3. der Kopf keinen Halt am Becken gefunden hat. **Ewald**-Hamburg.

52) **N. Moeller** (Brüssel). Die anatomischen Grundlagen der Behandlung der angeborenen Hüftluxation und ihre Erfolge.

Belgische Mediz. Presse. 7. II. 1909.

Kurz und deutlich stellt der Verf. den pathologisch-anatomischen Befund bei der Hüftgelenksverrenkung und die Erfolge der Behandlung nach seiner eigenen Erfahrung dar.

In 5 Fällen von einseitiger Luxation waren die Resultate folgende: 4 Heilungen nach Reposition, einmal Reluxation.

In 6 Fällen von doppelseitiger Hüftgelenksluxation:

1 mal Heilung mit bilateraler Reposition,

4 mal Heilung mit Reposition einerseits und Transposition andererseits,

1 mal Heilung mit Reposition einerseits, die andere Seite unreduziert.

Das Alter der Kinder war von 17 Mon. bis 4 Jahren und 6 Mon.

Die Technik war die gewöhnliche; in allen Fällen wurde mit dem Gehen 15 Tage vor Abnahme des letzten Gipsverbandes begonnen. **A. Kalsin**-Floreffe.

53) **L. Lamy** (Paris). De la coxalgie venant compliquer la luxation congénitale de la hanche.

Revue d'orthop. 1909. Nr. 1. p. 63.

Verf. hat einen Fall von Koxitis bei angeborener Hüftluxation



beobachtet und nach allen Richtungen hin — da das Kind an generalisierter Tuberkulose starb — auch pathologisch-anatomisch untersuchen können. Es handelte sich bei dem 2½ jährigen Kind um eine doppelseitige Luxation, bei dem rechterseits eine tuberkulöse Karies des Femurkopfes und -halses dazugetreten war. — Aus einer ausgedehnten Umfrage bei mehreren bedeutenden Chirurgen und Orthopäden sowie aus dem Studium der Literatur ergibt sich die ausserordentliche Seltenheit der Koxitis bei angeborener Hüftverrenkung. L. konnte nur 16 Fälle zusammenstellen, bei denen die Koxitis teils vor (13 mal), teils nach der Einrenkung entstanden war. Codivilla hat dem Verf. mitgeteilt, dass er bei einem Material von fast 1000 Hüftluxationen keine Koxitis beobachten konnte.

Die pathologische Anatomie und die Symptome gleichen durchaus denen der gewöhnlichen Koxitis, nur dass man dazu die durch die Luxation gegebenen Veränderungen hinzufügen muss (so ist die Schwellung an der Hüftgegend weiter oben gelegen, ferner fehlt wegen der entzündlichen Fixation des Kopfes das Trendelenburgsche Phänomen).

Die Prognose ist sehr ernst zu stellen: von den 16 Fällen wird nur über ein günstiges Resultat berichtet. Sieben Kinder sind gestorben, bei dèn anderen war nach der Heilung der Koxitis die Stellung des Beins keine zweckmässige und darum der Gang äusserst beschwerlich. Fast immer traten im Verlauf des Leidens Abszesse auf, die häufig fistulös wurden.

Bezüglich der Behandlung warnt L. vor einer Reposition einer Hüfte, die auf Tuberkulose suspect ist. Am weitesten kommt man mit einer Immobilisationsbehandlung mittels Gipsverband, eventuell mit späterer subtrochanterer Osteotomie. **Ewald**-Hamburg.

54) **Redard** (Paris). De quelques complications tardives après la réduction non-sanglante des luxations congénitales de la hanche. (Ueber einige Spätkomplikationen nach der unblutigen Reposition der angeborenen Hüftverrenkung.)

Annales de chir. et d'orthop. Bd. 21. H. 12. S. 357.

R. führt einige Fälle auf, bei denen sich längere Zeit nach der Reposition noch Veränderungen am Kopf des Femur resp. an der Pfanne gezeigt hatten. Im ersten Falle war 5 Jahre nach der anatomisch und funktionell vollkommenen Einrenkung ohne nachweisbare Veranlassung eine Verkürzung des Beines eingetreten, als deren Ursache sich eine Coxa vara herausstellte. In einem weiteren Falle, bei dem die Immobilisation im Gipsverbande im ganzen



18 Monate gedauert hatte, entwickelte sich 6 Monate später ein starkes Hinken und Verkürzung des Beines, bedingt durch eine teilweise Resorption des Kopfes resp. Halses. Als Ursache dieser beiden Erscheinungen sieht Verf. eine Art Osteomalazie an; Fraktur glaubt er nach den vorhergehenden genauen Beobachtungen und den Röntgenbildern ausschliessen zu können.

Bei einem dreijährigen Mädchen, welches wegen einer doppelseitigen Luxation 9 Monate lang mit Gipsverband behandelt worden war, zeigte sich einige Zeit, nachdem es mit dem Laufen begonnen hatte, eine Verbiegung beider Beine im Sinne der Varusform. Zeichen von Rachitis oder Osteomalazie waren nicht nachzuweisen. R. glaubt auch hierbei der langdauernden Fixation die Schuld geben zu müssen.

Koxitis im luxierten Gelenk ist in der Literatur mehrfach berichtet, doch hat R. selbst keinen solchen Fall gesehen, ebenso wenig wie eine traumatische Reluxation des reponierten Gelenks oder Spätfrakturen. Auch Gelenkentzündungen und Hernien kamen nicht als Komplikationen zur Beobachtung.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

55) **König** (Grunewald). Bemerkungen zur klinischen Geschichte der Arthritis deformans coxae auf Grund von Beobachtungen.

Arch. f. klin. Chir. 1909. 88. Bd. 2. H. p. 319.

Auf Grund zweier Beobachtungen an Militärpersonen jugendlichen Alters kommt Verf. zum Schluss, dass Arthritis deformans coxae auch in der Jugend auftreten kann.

Lange Zeit können Symptome vollkommen fehlen, der Verlauf kann ein sehr langsamer sein, so dass die Anfangsstadien als Ischias oder Rheuma behandelt werden.

Bei fortschreitendem Leiden wird durch die Drehung des Kopfes um die horizontale Achse derselbe walzenförmig abgeplattet.

Spontane Arthritis deformans kann nur durch Störungen im Mechanismus des Gelenkes von den Gelenkkörpern aus zu stande gebracht werden.

V. stimmt mit Preiser nicht überein, der behauptet, Arthritis deformans coxae sei eine selbständige Erkrankung infolge einer anormalen Pfannenstellung. V. fand bei diesem Leiden auch immer andere Gelenke mitbeteiligt, auf die er die Mutmassung ebenfalls abnorm existierender mechanischer Verhältnisse nicht übertragen zu können glaubt.

Manhold-Heidelberg.



56) **R. Horand** (Lyon). Coxa vara double, genu valgum d'origine tuberculeuse.

Revue d'orth. 1908. 6. p. 505.

Bei einem 19 jähr. Mann, der an multipler innerer und chirurgischer Tuberkulose litt und auch daran zu Grunde ging, bestand seit mehreren Jahren eine doppelseitige Coxa vara und ein doppeltes genu valgum. Wie die Präparate zeigen, ist die Hüftpfanne stark deformiert und hat einen guten Teil des Randes verloren, der Femurkopf ist abgeplattet, der Hals fast verschwunden, der Trochanter major überragt den Kopf, der ausserdem noch antevertiert ist. Man findet ausserdem als Zeichen der Arthritis eine rarefizierende Ostitis. Da der Patient an Tuberkulose gestorben ist, führt H., ein Schüler Poncets, die vorliegende Osteo-arthromalacie an der oberen Femurepiphyse auch auf Tuberkulose zurück, ebenso die genua valga. **Ewald**-Hamburg.

57) **Klumaris** (Athen). Ein Beitrag zur Lehre der Coxa valga, mit besonderer Berücksichtigung der sogenannten Coxa valga luxans.

Archiv für klin. Chir. 1908. 87. Bd., 3. H., p. 625.

Verf. teilt aus der Berliner chir. Universitätsklinik Fälle von verbogenem Schenkelhals im Sinn der Valgum-Stellung mit. Die sichere Diagnose der Anomalie ist nur durch das Röntgenbild zu stellen. Die Aetiologie kann eine traumatische sein (nach Fraktur), eine symptomatische — kompensierende Stellung — oder eine rachitische. Klapp machte als erster darauf aufmerksam, dass gewöhnlich bei coxa valga auch die Pfanne abnorm steil und flach gebildet sei, so dass eine Luxation oder Subluxation des Schenkelkopfes stattfindet.

Umgekehrt fanden sich bei Fällen von angeborener Hüftluxation coxae valgae.

Ist keine Luxation des Femurkopfes vorhanden, so findet man bei reiner coxa valga Tiefstand des Trochanter major.

Die Therapie muss sich in erster Linie gegen das Grundleiden richten. Zur Verkleinerung des Abweichungswinkels werden redressierende Verbände vorgeschlagen. Im äussersten Fall Osteotomie an der Basis des Schenkelhalses. **Manhold**-Berlin.

58) **Henschen** (Tübingen). Die Extensionsbehandlung der Ober- und Unterschenkelbrüche auf physiologisch-mechanischer Grundlage.

Beitr. zur klin. Chir. 1908. 57. Bd., 3. H., p. 616.

H. preist die Vorteile der Zuppingerschen Extensions-



behandlung an, die schon oft besprochen wurde, und fügt eine neue von ihm erdachte Methode der Hängemattenextension an, die sich während 1 1/2 Jahren an der Züricher Klinik sehr bewährt hat.

Manhold-Berlin.

59) **Frode Sadolin** (Kopenhagen). Ischias, som den laeres at kjende ved Massagebehandling.

Nordisk Tidsskrift for Terapi. 1909. H. 1.

S. hat gute Erfolge von Massagebehandlung bei Ischias, namentlich bei denjenigen Formen, die als Lumbago oder Glutäusfibrositen anfangen und wo die Nervenscheide mitangegriffen wird. S. beschreibt seine Technik sehr genau. **Panum**-Kopenhagen.

60) **Raimist** (Odessa). Zur Infiltrationstherapie der Ischias.

Deutsche Zeitschr. für Nervenheilkunde. 36. Bd. 3.—4. H., p. 285.

Verf. hat die Langesche Infiltrationstherapie bei Ischias in folgender Weise modifiziert. Reine physiolog. Kochsalzlösung wird aus 128 cm Höhe aus einem Glaszylinder durch einen Gummischlauch und die eingestochene Nadel in den Nerv. ischiad. eingegossen. Die Menge beträgt durchschnittlich 75—100 ccm. Die Erfolge damit sind: unter 28 Fällen (akute und chronische) 21 Heilungen (75 %), 6 Besserungen (21 %), ein Misserfolg (4 %). Verf. schreibt die Wirkung der Verminderung der Erregbarkeit des Nerven und der benachbarten Gewebe zu. **Balsch**-Heidelberg.

61) **Linhart** (Prag). Beitrag zur Resektion des tuberkulösen Kniegelenkes.

Beitr. z. klin. Chir. 61. Bd. 2. H., p. 455.

Eigene und fremde Erfahrungen bei tuberkulösen Kniegelenkserkrankungen lassen L. in Bezug auf die Resektion folgende Postulate aufstellen:

1. Bei Kniefungus muss der Herd möglichst entfernt werden.
2. Die Operationsmethode muss individualisiert werden.
3. Die Asepsis muss eine tadellose sein. Rezidive sind zu erwarten: 1. wenn der Herd nicht genügend entfernt werden konnte (z. B. Fisteln). 2. Wenn eine Abkapselung des Herdes trotz guter Ausräumung nicht stattfinden konnte infolge Alters, Lungentuberkulose oder sekundärer Infektion. **Manhold**-Berlin.

62) **Rutherford Morison.** Injury to the semilunar cartilages of the knee.

Lancet 22. Febr. 1909.

An seinem grossen Material (75 Fälle) von Meniskusver-



letzungen hat Verf. reichlich Gelegenheit gehabt, diese Krankheit zu studieren. Eine reine Luxation ohne Zerreissung des Knorpels gibt es nicht. 27 Frakturen waren in der Längsrichtung, von vorn nach hinten, die übrigen unregelmässig. 98% Verletzungen des äusseren und nur 2% des inneren Semilunarknorpels. Symptome sind bekannt. Pat. stellt die Diagnose häufig selbst. Die Behandlung besteht zunächst in Repositionsversuchen. Starke Beugung, dann plötzliche Streckung mit Druck auf den luxierten Knorpel eventl. in Narkose. Nach erfolgreicher Reposition, die sich durch deutliches Schnappen und vollkommene Streckmöglichkeit kennzeichnet, Fixation für 6 Wochen. In den meisten Fällen gelingt die Reposition nicht, und es muss blutig operiert werden. M. modifiziert den Schnitt etwas, er macht einen Längsschnitt, der unten etwas nach hinten abbiegt, tadellose Asepsis. Resektion von 2/3 des Knorpels genügt meistens. Der Rest wird reponiert. Von 41 operierten Fällen waren 38 sehr gute Resultate. 3 bekamen Arthritis deformans (osteo-arthritis) 3 Fälle, die schon vor der Operation arthritische Erscheinungen zeigten, wurden durch die Operation auch von diesen geheilt. Kein Fall wurde durch den Eingriff verschlimmert.

Mosenthal-Berlin.

63) **Ludloff** (Breslau). Zur Frage der Osteochondritis dissecans am Knie.

Arch. f. klin. Chir. 1908. 87. Bd. 3. H., p. 552.

Verf. erklärt die Entstehung freier Körper im Kniegelenk auf Grund eigener Beobachtungen — unter Ausschluss eines schweren Traumas oder arthritischer Veränderungen — als Folge von Zirkulationsstörungen.

Durch geringe, öfter vorkommende Zerrungen des Kniegelenks infolge von Ueberstreckung und Innenrotation wird die Arteria media genus geschädigt. Sie versorgt den lateralen Teil des Condylus medialis und die Insertion des Lig. cruciat. post. Allmählich findet ein Absterben dieses ausser Ernährung gesetzten Knochenbezirkes statt.

Nachdem das Knochenstück abgestorben ist, kommt es zur Dissektion der darüber liegenden Knorpeldecke, die nun an dieser Stelle auch nicht mehr genügend ernährt wird.

Durch Sharpeysche Fasern wird dieser Knochenknorpelkörper solange festgehalten, bis ein gelegentliches geringfügiges Trauma ihn in die freie Gelenkhöhle befördert, wo er als corpus liberum erscheint und die entsprechenden Beschwerden verursacht.

Manhold-Berlin.



64) **Riccardo Dalla Vedova.** Neues operatives Verfahren in in der Behandlung der habituellen Kniescheibenverrenkung.

Zentralbl. f. Chirurgie. 1909. Nr. 13.

Aus der losgelösten Knieaponeurose wird ein Streifen gebildet, der mit einem schmalen Knochenperiostlappen in Verbindung steht. Dieser Streifen wird auf das Planum epicondyl. int. verpflanzt und somit das unzulängliche Lig. patellae mediale ersetzt. Der Rest des Lig. patellae wird dem Tuberc. tibiae und der Aponeurose genähert.

Meyer-Heidelberg.

65) **Tarsia** (Neapel). Di un raro caso di peritelioma della gamba.

La Riforma médica. 1909. Nr. 4.

Der Fall, den Verf. beschreibt, kam in der Klinik von Prof. D'Antona zur Beobachtung. Verf. bespricht eingehend unsere jetzigen Kenntnisse über diese Geschwulstkategorie, über die die Ansichten der Autoren noch auseinandergehen und macht auf die äusserste Seltenheit des Sitzes des vorliegenden Tumors aufmerksam.

Buccheri-Palermo.

66) **Meissner** (Tübingen). Eine typische Fraktur der Tibia im Talokruralgelenk.

Beitr. zur klin. Chir. 1908. 61. Bd., p. 136.

Verfasser beschreibt die Frakturen des hinteren Randes der unteren Tibiagelenkfläche, die häufiger vorkommen sollen, als man meint, oft als unbeachtete Komplikation anderer Unterschenkelbrüche.

Der Art der Entstehung nach ist es eine Absprengungs- oder Meisselfraktur, entsteht durch Stoss bei starker Plantarflexion des Fusses und heilt leicht mit Dislokation.

In frischen Fällen besteht die Therapie in Reposition, Schiene, ev. Extension oder Gipsverband.

Oft wird durch Zug der Achillessehne eine Retention der Fragmente bedingt. In solchen Fällen ist die Achillotenotomie angezeigt.

Bei Misslingen der Reposition und fortbestehender Retention können gefährliche Komplikationen eintreten, z. B. Gangrän der Weichteile auf der Dorsalseite des Fussgelenks.

Bei veralteten Fällen muss die Reposition in Narkose vorvorgenommen werden, ev. blutig, oft ist eine Resektion des Talokruralgelenks angezeigt.



Meist ist eine Behandlung dieser Brüche unumgänglich nötig, da eine Ankylose des Fusses in Equinusstellung eintritt und die Patienten durch das Hinken stark behindert sind.

Manhold - Berlin.

67) **Duval** (Paris). Amputation susmalléolaire avec ostéoplastie calcanéotibiale. (Ueber supramalleoläre Amputation mit Aufpflanzung des Calcaneus auf die Tibia.)

Revue de chirurgie. XXXVIII. Bd. Nr. 10. S. 465.

D. empfiehlt in geeigneten Fällen die Amputation des Unterschenkels oberhalb der Malleolen so zu machen, dass ausserdem der hinterste Abschnitt des Calcaneus erhalten bleibt, der dann auf die Sägefläche der Tibia aufgeklappt wird. Es ist die Ausführung dieser Operation auch noch möglich, wenn der Calcaneus zum grössten Teil erkrankt ist. Die Fibula wird einige Zentimeter höher abgesetzt. Als Auftrittsfläche dient ebenso wie bei der Pirogoffschen Operation, die aber ein ausgedehnteres Erhaltensein der Tibia und des Calcaneus voraussetzt, der hintere Calcaneusabschnitt.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

68) **Cardenal.** Gangrene del pie. Nuevo metodo para determinar el punto de elección en las amputaciones.

Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas. Bd. 20. Nr. 57.

C. empfiehlt eine Methode zur Bestimmung des Punktes, an dem bei Gangrän der Zehen resp. des Fusses die Amputation vorgenommen werden soll. Sie besteht in folgendem: Die Extremität wird hochgehoben und dann wird hoch am Oberschenkel der Esmarchsche Schlauch angelegt. Nach 5 Minuten wird er wieder gelöst und nun beobachtet man genau, ob und wie sich die bekannte reaktive Hyperämie einstellt. Die Amputation soll ca. 5 cm oberhalb der Stelle vorgenommen werden, bis zu der das Blut in normaler, die Haut rötender Weise rasch vorgedrungen ist. C. hatte dabei immer primär heilende Amputationswunden.

Stein - Wiesbaden.

69) **Fränkel** (Berlin). Redressement von Fussdeformitäten im Saugapparat.

Deutsche med. Wochenschr. 1908. S. 2165.

Die erweichende Wirkung der Saughyperämie auf die Gewebe benutzt Verf., um mit möglichster Schonung die Korrektur von Fussdeformitäten spez. des Klumpfusses zu erzielen. Der Fuss wird im Saugapparat durch Bindenzügel, die mit Heftpflaster am Fusse



befestigt sind, so fixiert, dass die Luftverdünnung, welche die Extremität in den Apparat hineinzieht, den Fuss und speziell auch die Ferse über diesem Hypomochlion korrigieren muss. Erleichtert wird diese Auflockerung der Gewebe infolge des Oedems. Da die Hyperämie zugleich schmerzstillend wirkt, kommt man sowohl beim Klumpfuss der Kinder wie der Erwachsenen ohne Narkose aus. Es empfiehlt sich ausserdem ein Heissluftbad der Saugtherapie vorangehen zu lassen. Verf. gibt an, mit seinem Verfahren gute Erfolge zu haben und zeigt als Beweis die Röntgenbilder eines 43jähr. Klumpfusses vor und nach einer 14tägigen Behandlung. Es lässt bei diesen bereits eine wesentliche Umformung des Fusses festzustellen. Beim Spitzfuss und Hohlfuss stemmt sich die angesaugte Extremität gegen ein entsprechend postiertes Fussbrett, welches die Korrektur bewirkt. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

70) **Muskat.** Eine neue Methode, Fussabdrücke herzustellen.

Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung. 1909. Nr. 3.

In der vorliegenden Arbeit führt M. zunächst alle bisher gebräuchlichen Methoden, Fussmessungen vorzunehmen und Fussabdrücke herzustellen, an, denen allen seiner Meinung nach der Nachteil anhaftet, dass gewisse Vorbereitungen dazu nötig sind und dass auch eine gewisse Technik dazu erforderlich ist. Um nun diese Schwierigkeiten zu umgehen, hat M. ein Papier herstellen lassen, welches derartig imprägniert ist, dass es auf jeden Druck hin auf unterliegendes gewöhnliches Papier blaue Flecke abgibt. Durch Auftreten auf ein derartiges Papier entsteht ein ausreichend scharfer Abdruck, der durch Umreissung mit einem Holzstäbchen allen Ansprüchen genügt. **Blencke**-Magdeburg.

71) **Suckel** (New York). Dislocation of the astragalus around its anterior posterior axis.

The journal of the american medical association. 1909 Nr. 4.

Eine 32jähr. Frau geriet mit dem Fuss zwischen 2 Geländerstangen, wodurch der Talus nach vorn und innen herausgepresst wurde, er war um seine anteroposteriore Axe mehr als 90° gedreht, so dass die tibiale Gelenkfläche nach aussen und wenig nach unten zeigte. Die innere Gelenkfläche zeigte nach oben und artikulierte mit der unteren Tibiafläche. Der Kopf des Talus reitet auf dem Navikulare. Gelenkbänder waren alle zerrissen, unblutige Reposition war unmöglich, die blutige gelang leicht, aber auch erst nach Achillotomie, vollständige Wiederherstellung der Funktion.

Rosenthal-Berlin.

72) **Kirchner.** Talusluxation oder Luxatio pedis sub talo?
Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1908. 93. Bd., p. 501.

Eine Entgegnung an Reismann auf eine irrtümliche Auffassung einer vom Verf. seinerzeit veröffentlichten Arbeit und Richtigstellung der Tatsachen. **Manhold**-Berlin.

73) **E. Streissler.** Eine neue Methode der Resektion der vorderen Fusswurzel.
Bruns Beiträge zur klin. Chir. Bd 62. H. 2. p. 443.

Zu den zahlreichen Methoden der Fusswurzelresektion fügt Str. noch eine neue, die er an der Grazer Klinik ausgeführt hat. Sie eröffnet das Chopartsche Gelenk durch einen Querschnitt auf der Aussenseite 2 cm hinter der Tuberositas metatarsi V. Der Zugang zum Gelenk ist ein guter und leichter. Ausser den Peronäalsehnen, die plastisch durchtrennt und zum Schluss der Operation exakt vereinigt werden, können alle wichtigen Teile geschont werden. In dem beigefügten Falle war das Resultat ein sehr befriedigendes.
Balsch-Heidelberg.

74) **Wittek.** Zur Technik der Arthrodese des oberen Sprunggelenks.
Zentralbl. f. Chir. 1909. Nr. 17.

Um eine möglichst knöcherne Vereinigung im Talokruralgelenk herbeizuführen, sucht W. das Missverhältnis zwischen Grösse des Talus und der Malleolengabel zu beseitigen. Selbst bei vorsichtigster Knorpelabschälung wird der Talus, als Gelenkkopf, zu klein für seine Gelenkpfanne, die Malleolengabel, sodass der Knochenkontakt an den Seiten ausbleibt. Deshalb eröffnet W. von einem vorderen Bogenschnitt aus, nach Durchtrennung der vorher angeschlungenen Strecksehnen, das obere Sprunggelenk, schält den Knorpel ab und setzt auf den ersten Hautschnitt einen zweiten, der zwischen Tibia und Fibula nach oben zieht. Hierauf wird von den einander zugekehrten Seiten der Tibia und Fibula eine schmale Knochenlamelle losgelöst, ausreichend, um einen innigen Kontakt des Talus mit den Malleolenwänden herzustellen. Das Periost der Tibia und Fibula wird mit einander vernäht. Naht der Extensoren, Gipsverband 8 Wochen. Resultat sehr gut. W. meint, dass die knöcherne Ankylose wesentlich die Sicherheit des Auftretens vermehrt, da seitliche Bewegungen des Talus gegen die Malleolengabel, wie sie bei der fibrösen Verbindung möglich sind, nicht eintreten. Die Elastizität des Ganges wird durch das intakte untere Sprunggelenk gewährleistet. **Meyer**-Heidelberg.

75) **S. Topuse** (Odessa). Zur operativen Behandlung des paralytischen Klumpfusses.

Arch. f. Orthop., Mechanother. und Unfallchirurgie. 1908. Bd. VI, 4, p. 334.

T. will die Transplantation bei paralytischem Klumpfuss vereinfachen und vereinheitlichen, seine Methode soll für alle Fälle anwendbar sein. Die Methode — von Kofmann angegeben und bereits 13 Mal mit gutem Erfolge durchgeführt — ist folgende: Halbierung der Achillessehne, Verlängerung des stehenbleibenden Stücks derselben. Die äussere Hälfte wird am Tuber calcanei abgetrennt, am Malleolus externus nach vorn geleitet und mit dem Extensorenbündel am Fussrücken in der Weise vereinigt, dass es wie eine Schlinge das Sehnenbündel fasst. Die Sehnen des extensor hallucis und des ext. digg. com. werden gefaltet. — Kurzer Bericht über 13 Fälle, die nach entsprechender Nachbehandlung alle statisch und funktionell befriedigende Füsse bekamen. **Ewald**-Hamburg.

76) **P. Haglund** (Stockholm). Zur Klumpfussbehandlung im ersten Lebensjahre.

Arch. f. Orth., Mechanotherapie u. Unfallchir. 1909. Bd. VII, 2 u. 3.

Die Frage: „wann soll die Behandlung des angeborenen Klumpfusses beginnen?“ beantwortet H. mit der These: „je früher die Redression, desto normaler die Fussentwicklung!“ H. redressiert daher so früh, wie die Kinder — auch Säuglinge! — in seine Behandlung kommen und hilft eventuell mit der Achillotenotomie sowie der Tenotomie der Plantaraponeurose resp. des Abduktor und flexor hallucis nach. Er glaubt, auf diese Weise auch „innerlich“ normale Füsse aus Klumpfüssen machen zu können. — Nachdem der Fuss in Ueberkorrektur gebracht ist, kommt er bei fünf- und mehrmonatigen Kindern in einen Gipsverband, bei kleineren genügt ein Heftpflasterverband oder gewöhnliche Wickelung, die in leichteren Fällen auch monatelang fortgesetzt werden kann. Dann aber beginnt auch hier, wie in allen anderen Fällen, die Schienenbehandlung. Die Innenschiene besteht aus einer papierdünnen, harten (Alaun!) Gipslage, die direkt dem redressierten Fuss angelegt wird und durch Zelluloid und Drahtnetz verstärkt wird. Sie wird mittels einer elastischen (Ideal-) Binde, die zunächst um den Fuss in der klassischen Klumpfusswickelung gelegt wird, anbandagiert. Bei den Gehversuchen bekommen die ersten Stiefel Heusnersche Serpentinfedern, die den Fuss nach aussen rotieren. Damit ist die Nachbehandlung beendet und der Pat. hat „wirklich normale Füsse“. **Ewald** - Hamburg.



77) **F. Schultze** (Duisburg). Entgegnung auf die Arbeit Langes „Zur Behandlung des Klumpfusses".

Arch. f. Orthop., Mechanother. und Unfallchirurgie. 1908. Bd. VI, 4, p. 328.

Sch. hält es für absolut gleichgültig, ob der angeborene Klumpfuss beim Kinde etwas früher oder später redressiert wird; jedenfalls ist die Korrektion bei nicht gut entwickeltem Kinde aufzuschieben, bis der Allgemeinzustand sich gebessert hat. — Die durch den Gipsverband bedingte Muskelatrophie braucht nicht berücksichtigt zu werden. Schienen sind entbehrlich, wenn der Fuss ordentlich korrigiert ist. Die Dekubitusgefahr ist bei guter Verbandtechnik gering anzuschlagen. Mittels seines Osteoklasten (Schultze II) kann Sch. auch schwere und alte Klumpfüsse in einer, zwei oder drei Sitzungen korrigieren.

Nachwort von **Lange** (München). L. hält eine Fortsetzung der Diskussion für nutzlos. Sch. glaube bei Klumpfuss ebenso wie bei Genu valgum eine Nachbehandlung nicht nötig zu haben, L. glaubt ohne eine solche keine Dauerresultate erzielen zu können. Er rät Schultze, auf dem Orthop.-Kongress von ihm vor 2 Jahren redressierte Pedes vari und valgi sowie Genua valga vorzustellen. Bis dahin will er bei seiner Methode bleiben.

Ewald-Hamburg.

78) **Momburg** (Spandau). Die Stützpunkte des Fusses beim Gehen und Stehen.

Deutsche med. Wochenschr. 1909. Nr. 4. S. 148.

M. betont auf Grund seiner Untersuchungen an Lebenden und an der Leiche, dass der Stützpunkt des Fusses ausser am Kalkaneus am Köpfchen des 2. und 3. Metatarsus zu finden sei. Die Köpfchen der anderen Metatarsen spielen nur eine Nebenrolle und treten hauptsächlich in Funktion, wenn die Belastung des Fusses nicht ganz senkrecht erfolgt. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

79) **Muskat** (Berlin). Die Stützpunkte des Fusses beim Gehen und Stehen. Bemerkungen zu der Arbeit von Stabsarzt Dr. Momburg.

Deutsche med. Wochenschr. 1909. Nr. 11. S. 487.

M. erklärt, das auch er bereits nachgewiesen habe, dass lediglich die Köpfchen des Metatarsus II und III die Stütze des Fusses bildeten, während den anderen Capitula nur balanzierende Eigenschaften zukämen. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.



80) **A. Stoffel** (Heidelberg). Plattfuss und Arthropathia psoriatica.

Münch. med. Woch. 1909. Nr. 17.

Die Diagnose „Plattfuss" wird bei den verschiedensten Erkrankungen gestellt (Arthritis, Rheumatismus, Gicht, Atrophie der Fussknochen nach Knochenbrüchen, os tibiale ext. [Periostitis desselben!], Tuberkulose). St. teilt einen seltenen Fall mit, wo der Plattfuss auf einer schweren Zerstörung einzelner Fusswurzelknochen, die ihrerseits wieder mit Psoriasis vergesellschaftet ist, beruht. Die 35jährige Frau leidet seit 5 Jahren nur an Psoriasis und Schmerzen in beiden Füssen, die ihr zeitweise das Gehen unmöglich machen. Der Röntgenbefund ergibt schwere osteoarthritische Veränderungen am Talus, Naviculare, Cuneiforme primum und im Interphalangealgelenk der grossen Zehe. Klinisch liegt ein starker fixierter Plattfuss vor mit Plantarflexion der 4 kleinen und starker Dorsalflexion der grossen Zehe. — Die Frage des Zusammenhangs der Knochen- mit der Hautaffektion ist zu bejahen (Arthropathia psoriatica der Franzosen!). Der Plattfuss ist nach St.'s Ansicht durch das Gelenk- und Knochenleiden hervorgerufen worden. — Die Gehfähigkeit wurde durch Schienenhülsenapparate, die die Füsse entlasteten, in befriedigender Weise wiederhergestellt.

Ewald - Hamburg.

81) **Lehr** (Dresden). Ueber den Vorderfussschmerz.

Zeitschr. f. orthop. Chir. XXI. Bd. 4. H. S. 485.

L. beschreibt ein Krankheitsbild, bestehend in Schmerzhaftigkeit der Fusssohle in der Gegend der Köpfchen der mittleren Metatarsen. Vorhanden sind dabei schmerzhafte Schwielenbildung und Eingesunkensein des queren Fussgewölbes, das sich zwischen den Köpfchen der Metatarsen spannt. Häufig ist mit diesen Erscheinungen auch die Deformität des Hallux valgus kombiniert. L. betrachtet als Ursache dieses ganzen Symptomenkomplexes das Einsinken des queren Fussgewölbes, ebenso wie das Einsinken des Längsgewölbes die Plattfussbeschwerden bedingt. Therapeutisch hat sich dem Verf. ein Heftpflasterverband bewährt, der straff um den Vorderfuss gewickelt wird, während die andere Hand durch Zusammendrücken der Metatarsenköpfchen den normalen Querbogen des Fusses wieder herstellt. In vielen Fällen kommt dazu noch die Behandlung der Senkung des Längsgewölbes, d. h. die Plattfusstherapie.

Ottendorff - Hamburg-Altona.



82) **Garcia y Hurtado.** Un enfermo de tarsalgia.

Revist. Ibero-Americana de Ciencias Médicas. Bd. 19. ho. 45.

Verfasser bespricht die verschiedenen unter dem Namen der Tarsalgie in der Literatur bekannten Krankheitsformen und beschreibt den Fall eines 49jährigen Schmieds, welcher an beiden Fersen unerträgliche Schmerzen hatte. Bei der Operation fanden sich unmittelbar unterhalb des Ansatzpunktes der Achillessehne beiderseits kleine Exostosen, nach deren Entfernung die Schmerzen sistierten. — Der Patient war Angestellter einer elektrischen Centrale und hatte 8 Jahre lang Nacht für Nacht stehend an einer Dynamomaschine zubringen müssen, bei der er dauernd irgend eine Manipulation zu besorgen hatte. G. glaubt, dass durch die andauernde Anstrengung der Achillessehne beim Stehen sich ein chronischer Reizzustand des Periosts ausgebildet habe, der seinerseits wieder die Veranlassung zur Entstehung der Exostosen war. —

Stein-Wiesbaden.

83) **Riedl** (Linz a. D.). Osteotomie des Keilbeines bei Hallux valgus.

Arch. f. klin. Chir. 1909. 88. Bd. 2. H. p. 565.

Als Ätiologie des Hallux valgus wurde bis jetzt unzweckmässige Fussbekleidung angenommen. Seltener Trauma des Grosszehengelenks, z. B. auch durch Druck von Verbänden.

Neuerdings ist der Hallux valgus auch angeboren vorkommend beobachtet worden — intrauteriner Druck dafür beschuldigt, auch hereditär vorkommend. H. v. ist häufig mit Plattfuss kombiniert. Möglicherweise kommen die gleichen ätiologischen Momente in Betracht — angeborene Schwäche der Muskulatur, der Bänder, Knochen (Rachitis) und dazukommende äussere Schädlichkeiten.

Bei Frauen ist der H. v. häufiger wie bei Männern, 3 : 2. Häufiger doppelseitig. Öfter bei älteren Individuen beobachtet.

Die anderen Zehen stehen meist auch abduziert. Die falsche Stellung erstreckt sich auch auf den Metatarsus, die Knochen stehen fächerförmig angeordnet.

In leichten Fällen besteht die Therapie in Redressement. In schwereren muss operativ vorgegangen werden. Verf. stellt eine Reihe der allgemein geübten Operationsmethoden auf und fügt eine neue hinzu, die im Linzer Krankenhaus vom chirurgischen Chefarzt Breuner mit Erfolg ausgeführt wird: die Resektion eines Knochenkeiles aus dem ersten Keilbein mit der Basis lateral. Diese Methode kann sowohl bei normalem als bei Plattfuss angewendet werden. Der Fuss darf erst belastet werden, wenn eine feste Verknöcherung der Keilbeinstücke eingetreten ist.

Maahold-Heidelberg.



Inhalt: Bücherbesprechungen: Monod, Les scolioses. — **Bockenheimer,** Leitfaden der Frakturenbehandlung für prakt. Aerzte und Studierende. — **L. Bruns,** Die Geschwülste des Nervensystems. — **Arnsperger,** Die Röntgenuntersuchung der Brustorgane und ihre Ergebnisse für Physiologie und Pathologie. — **Riebel,** Ueber die chronische ankylosierende Entzündung der Wirbelsäule. — **Sourdat,** Étude radiographique de la hanche coxalgique.

Referate: 1) **Nieuwenhuyse,** Orthopädische Mechaniker in den Krankenhäusern. — 2) **Redard** u. **Badin,** Partielle kongenitale Hypertrophie. — 3) **Horand,** Verknöcherungen während des intrauterinen Lebens. — 4) **Riedinger,** Traumatische Epiphysentrennung. — 5) **König,** Difform geheilte Knochenbrüche. — 6) **Thompson,** Knochenerkrankung bei Lungenerkrankung. — 7) **Iselin,** Wachstumshemmung infolge von Parathyreoidektomie. — 8) **Hochsinger,** Chondrodystrophia foetalis. — 9) **Milner,** Knochenzysten, Chondrome, fibröse Ostitis. — 10) **Félegyházi,** Biersche Stauung. — 11) **Schabad,** Behandlung der Rachitis. — 12) **Brade,** Codivillasche Operation. — 13) **Bailey,** Chronischer Rheumatismus. — 14) **Vignard** und **Mouriquand,** Diaphysentuberkulose. — 15) **Poncet** und **Leriche,** Tuberkulöse chronische Arthritiden. — 16) **Arnaud,** Tuberkulöser Rheumatismus. — 17) **Auffret,** Mosetigsche Jodoformplombierung. — 18) **Rosenbach,** Wismuthbehandlung. — 19) **Caminiti,** Verheilung traumatischer Läsionen. — 20) **Silberborth,** Akute Polymyositis. — 21) **Kolaczek,** Muskuläres Chondrolipom. — 22) **Nyrop,** Spinale Kinderlähmung. — 23) **Hunkin,** Muskelersatz. — 24) **Delherm,** Chirurgische Muskelatrophie. — 25) **Denncé,** Ischämische Muskelkontraktur. — 26) **Bernstein,** Bruchband „Multiform". — 27) **Scheuermann,** Tumor sacralis congenitus. — 28) **Oehlecker,** Kongenitale Verkrümmung der Wirbelsäule. — 29) **De Munter,** Verkrümmungen der Wirbelsäule. — 30) **Borchardt** u. **Rothmann,** Echinokokken der Wirbelsäule. — 31) **Schupfer,** Wirbelbruch. — 32) **Nyrop,** Spondylitis tuberculosa. — 33) **Fränkel,** Lokalisation der Verkrümmung. — 34) **Carles,** Scoliosis. — 35) **Dieulafé,** Reflektorische Scoliosis. — 36) **v. Saar,** Operative Freilegung der hinteren oberen Thoraxfläche. — 37) **König,** Lungenverletzung bei subkutanen Rippenbrüchen. — 38) **Elgart,** Amputationsstümpfe. 39) **De Francesco,** Plastische Resektion nach Vanghetti. — 40) **Hilgenreiner-Coenen,** Suprakondylärer Oberarmbruch. — 41) **Martini,** Apparat für Armfrakturenbehandlung. — 42) **Levy,** Osteoplastische Resektion. — 43) **Corner,** Olekranonbrüche. — 44) **Marsau,** Madelungsche Deformität. — 45) **Gaugele,** Madelungsche Handgelenksdeformität. — 46) **Lenoir,** Frakturen des Metakarpusknochens. — 47) **Blauel,** Spiralbrüche der Metakarpalknochen. — 48) **Home,** Luxation der Fingerendphalanx. — 49) **Stieda,** Tuberkulose des Ileosakralgelenks. — 50) **Jacobsohn,** Syn- und Polydaktylie. — 51) **Froelich,** Kongenitale Luxation. — 52) **Moeller,** Angeborene Hüftluxation. — 53) **Lamy,** Koxitis bei angeborener Hüftluxation. — 54) **Redard,** Unblutige Reposition der kongenitalen Hüftverrenkung. — 55) **König,** Arthritis deformans coxae. — 56) **Horand,** Coxa vara. — 57) **Klumaris,** Coxa valga luxans. — 58) **Henschen,** Zuppingersche Extensionsbehandlung. — 59) **Sadolin,** Massagebehandlung bei Ischias. — 60) **Raimist,** Infiltrationstherapie der Ischias. — 61) **Linhart,** Resektion des tuberkulösen Kniegelenks. — 62) **Morison,** Meniskusverletzungen. — 63) **Ludloff,** Osteochondritis dissecans. — 64) **Dalla Vedova,** Habituelle Kniescheibenverrenkung. — 65) **Tarsia,** Peritelioma. — 66) **Meissner,** Tibiafraktur. — 67) **Duval,** Supramalleoläre Amputation. — 68) **Cardenal,** Amputation bei Gangrän. — 69) **Fränkel,** Redressement von Fussdeformitäten. — 70) **Muskat,** Methode, Fussabdrücke herzustellen. — 71) **Suckel,** Gelenkdislokation. — 72) **Kirchner,** Talusluxation. — 73) **Streissler,** Resektion der vorderen Fusswurzel. — 74) **Wittek,** Arthrodese des vorderen Sprunggelenks. — 75) **Topuse,** Paralytischer Klumpfuss. — 76) **Haglund,** Klumpfussbehandlung. — 77) **Schultze,** Behandlung des Klumpfusses. — 78) **Momburg,** Stützpunkte des Fusses. — 79) **Muskat,** Stützpunkte des Fusses beim Gehen und Stehen. — 80) **Stoffel,** Plattfuss und Arthropathia psoriatica. — 81) **Lehr,** Vorderfussschmerz. — 82) **Hurtado,** Tarsalgie. — 83) **Riedl,** Osteotomie des Keilbeins bei Hallux valgus.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. Dr. **O. Vulpius** in Heidelberg, Luisenstr. 1—3, oder an die Verlagsbuchhandlung **S. Karger** in Berlin NW 6, Karlstr. 15, einsenden.



Zentralblatt

für

Chirurgische und mechanische Orthopädie

einschliesslich der gesamten Heilgymnastik und Massage.

Redigiert von
Prof. Dr. O. Vulpius
in Heidelberg.

Verlag von
S. Karger in Berlin
NW., Karlstrasse 15.

Monatlich erscheint ein Heft im Umfang von 48 Seiten. Preis des Jahrgangs Mk. 15,—. Zu beziehen durch die Post und durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes.

Bd. III. **Oktober 1909.** **Heft 10.**

(Aus der orthop. Universitätspoliklinik München. Vorstand: Prof. Lange.)

Ueber Extensionsverbände.

Von

Dr. R. PÜRCKHAUER.

Die Hauptforderung, die wir von einem guten Extensionsverband verlangen müssen, ist, dass er schwere Gewichte längere Zeit hindurch trägt ohne schädigenden Einfluss auf die Haut des Patienten.

Dieser Forderung entspricht eine elastische klebende Rollbinde nach Dr. Ferd. v. Heuss, die wir ungefähr seit $1\frac{1}{2}$ Jahren in der Klinik von Professor Lange tagtäglich benützen; sie ist neben anderen vorzüglichen Eigenschaften in ihrer Anwendung derartig einfach, dass wir sie den Fachkollegen nur empfehlen können. Wir legen, wie wir es von den anderen Extensionsverbänden her gewöhnt sind, zuerst 2 Längsstreifen dieser „Klebrollbinde" an der Innen- und Aussenseite der Extremität unter leichtem Andrücken an, über die wir dann einfach Tour neben Tour mit derselben Binde weiter wickeln ohne Rücksicht auf Gelenk und ungleich dickere Körperteile; zuletzt schlagen wir die Enden der Längsstreifen um und wickeln sie noch durch einige rückwärts laufende Touren an.

Durch ungleich stärkeres oder schwächeres Anziehen der Binde ist es möglich, konisch zulaufende Extremitätenteile so gleichmässig



einzuwickeln, dass sich nirgends eine Falte bildet oder die Binde sich wirft.

Die ganze Extremität ist so zum Unterschied von den anderen Extensionsverbänden eingewickelt und kann sofort mit Gewichten belastet werden.

Anfangs empfiehlt es sich, nur mässige Gewichte anzuhängen; nach einigen Stunden kann man jedoch zu beliebig hohen Gewichten übergehen.

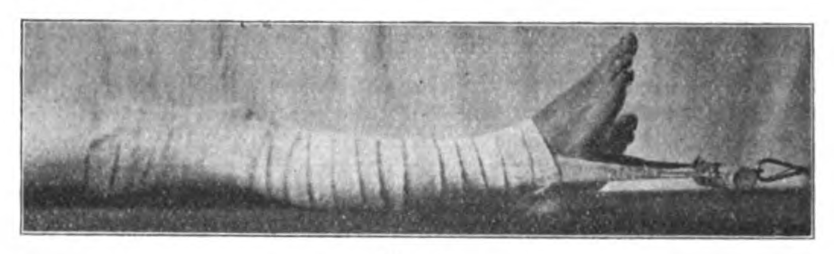


Fig. 1.

Wir haben wochenlang denselben Extensionsverband mit 30 bis 40 kg belastet, ohne ein Nachgeben der Binde an der Haut zu bemerken; nur an seinem freien Ende wird sich anfänglich infolge der Elastizität der Binde ein mässiges Dehnen bemerkbar machen.

Die Porosität der Binde, die offenbar eine vollständige Perspiration der Haut ermöglicht, lässt keine unangenehmen Empfindungen aufkommen, auch haben wir selbst nach wochenlangem Liegen der Binde niemals die Haut gereizt gesehen.

Die Binde verträgt auch die Behandlung mit kaltem und warmem Wasser, so dass wir den Patienten ohne Befürchtung für die Haltbarkeit des Verbandes, die Wohltat eines Bades zu Teil werden lassen können. Da die Binde infolge des Mangels an Zink und Gummigehalt nicht austrocknet, bricht sie auch nicht.

Nach Abnahme der Binde, was unter Zuhilfenahme von etwas Benzin durch einfaches Abwickeln geschieht — ein Verfilzen oder Verkleben mit den Haaren ist nur minimal -- hat man die Freude, die Haut vollkommen reizlos anzutreffen.

Diese Eigenschaften ermöglichen es uns, die Binde selbst bei den kleinsten Kindern zu verwenden.

Ausser zu den Zugverbänden benutzen wir die Klebrollbinden auch noch zu Druckverbänden aller Art und können sie auch hierzu nur empfehlen.

Ein Nachteil der Klebrollbinde ist der verhältnismässig hohe Preis derselben — der Preis der Binde liegt zwischen 1,20 Mk.



und 3 Mk. je nach Länge und Breite — rechnet man jedoch, dass der Extensionsverband nie gewechselt werden muss infolge Versagens der Binde, so kommt sie auch nicht höher als das sonst übliche Extensionsmaterial.

Die Binde wird hergestellt von Wilh. Jul. Teufel, Fabrik chirurgischer und orthopädischer Artikel, Stuttgart.

---

1) **Axhausen** (Berlin). Die histologischen und klinischen Gesetze der freien Osteoplastik auf Grund von Tierversuchen.

Arch. f. klin. Chir. 1908. 88. Bd. 1. H. pag. 23.

Die umfassende Arbeit A.s lässt sich kurz etwa in folgende Sätze zusammenfassen.

Implantiertes Knochengewebe verfällt der Nekrose, auch wenn es von lebensfähigem Periost und Mark umgeben ist, es findet eine lakunäre Resorption des implantierten Knochens statt, Apposition von Seiten des umgebenden knochenbildenden Gewebes.

Das deckende Periost besitzt die Fähigkeit des Weiterlebens und Knochenbildens, ebenso das Mark, wenn die äusseren Bedingungen günstig sind.

Die Knochenbildung ist eine um so reichlichere, je besser die proliferierende Schicht mit der Gewebsflüssigkeit in Berührung kommt.

Die Resultate der Transplantation sind am günstigsten bei Knochen vom gleichen Individuum oder bei artgleichem, auf alle Fälle bei periostgedecktem Knochen.

Mazerierte Knochen sind ungünstiges Implantationsmaterial; anhaftende Muskulatur verhindert Knochenbildung. Die Einpflanzung muss sofort nach der Entnahme geschehen.

Periostgedeckte mit Eröffnung der Markhöhle resezierte Röhrenknochen von toten Individuen derselben Spezies lieferten selbst 12—24 Stunden nach dem Tode noch gutes Implantationsmaterial.

Bei Fehlen einer prima intentio soll man das implantierte Stück nicht entfernen, sondern eine natürliche Ausstossung abwarten.

Abbildungen makro- und mikroskopischer Präparate sind dem Aufsatz angefügt. **Maihold**-Heidelberg.



2) **D. B. Lees.** The effective treatment of acute and subacute Rheumatism.

British med. Journ. 1909. Nr. 2507.

Sodium salicylate ist nach Verfassers Meinung das Spezifikum gegen rheumatische Erkrankungen jeder Art. Die Arthritis, falls sie nicht anderer Aetiologie ist, reagiert prompt darauf. Vorübergehende Schädigungen des Herzens treten auf, jedoch ist zu beobachten, dass die meisten an Rheumatismus erkrankten Patienten schon durch das Toxin der entspr. Bakterien ein irritiertes Herz, meist mit vergrössertem linken Ventrikel haben. Er empfiehlt dazu ein doppeltes Quantum doppelkohlensaures Natron zu geben, welches den Nebenwirkungen des Salicyls entgegen arbeitet; es neutralisiert die sauren Toxine der Mikroben, speziell des Diplokokkus, wie Walker und Ryffel nachgewiesen haben, und vermindert, wie Gaskell am Froschherzen gezeigt hat, die herzerweiternde Wirkung des Salicyls, er beginnt mit mässigen Dosen, die allmählich gesteigert werden. Bei Salicylschädigungen vergrössert er die Dosis des Natr. bicarb. noch mehr und sistiert mit ersterem bei den leisesten Erscheinungen (wie vertiefte Atmung, Acetongeruch), während letzteres weiter gegeben wird. Nach kurzer Pause (12 Stunden) kann man ohne Gefahr wieder Salicyl verabreichen. **Mosenthal** - Berlin.

3) **Martens.** Die chirurgische Behandlung der Muskel- und Gelenkleiden.

Zeitschr. f. ärztliche Fortbildung. 1909. Nr. 6.

M. bespricht in der vorliegenden Arbeit die Fortschritte, die uns die Röntgenstrahlen, die Bakteriologie und Serotherapie, die verbesserte Verband- und Operationstechnik, die Biersche Stauungstherapie und eine Reihe anderer Neuerungen in den übrigen physikalischen Behandlungsmethoden auf dem Gebiete der Muskel- und Gelenkchirurgie gebracht haben. Da die Arbeit, die für den Praktiker geschrieben ist, an sich nichts Neues bringt, so erübrigt es sich wohl, auf Einzelheiten näher einzugehen. **Blencke** - Magdeburg.

4) **I. Aizner** (Greifswald). Zur Heilung der Myositis ossificans traumatica durch Fibrolysin.

Münch. med. Wochenschr. 1909. Nr. 15. p. 757.

Bei einem 23jähr. Mann bildete sich 4 Wochen nach einem heftigen Stoss gegen den linken Oberschenkel trotz Massage in der Muskulatur des Quadrizeps eine handtellergrosse Verknöcherung



(Röntgenbild!), die mit dem Periost nicht zusammenhing. Das Kniegelenk konnte nicht über einem Winkel von 160° gebeugt werden. Die Fibrolysininjektionen wurden direkt in die Verhärtung gemacht (34 cm in 40 Tagen). Die Injektionen waren ziemlich schmerzhaft, wurden einmal wegen Appetitlosigkeit unterbrochen. Schon nach 9 Injektionen ist aktive Beugung bis 100° möglich, nach 24 bis 65°. Röntgenbilder zeigten wie die Knochenbildung von der Peripherie her zurückging, ein Teil blieb jedoch bestehen. Verglichen mit früheren, gleichen Erkrankungen, die mit Massage eher verschlechtert als gebessert wurden, stellt das Fibrolysin für diesen Fall ein wirksames Mittel dar; daneben soll man den Patienten in Ruhe lassen, nur leichte schmerzlose aktive Bewegungen machen lassen. Die Fibrolysinbehandlung sollte möglichst frühzeitig d. h. noch im Stadium der bindegewebigen Induration, wenn die Verknöcherung noch nicht begonnen hat, einsetzen. **Ewald**-Hamburg.

5) **Sampson Handley.** A prospective cure for elephantiasis.
Lancet. 2. Jan. 1909.

Verf., der schon früher über seine Methode von Einlegen von Seidenfäden bei Oedem (2 Fälle von Stauungsödem am Arm bei carcinoma mamae, Lancet 1908, March 14) berichtet hat, gibt die Krankengeschichte eines Falles von Elephantiasis wieder, bei dem er durch Einlegen von langen Fäden, die vom Fuss bis in die Inguinalgegend reichten, die Circumferenz des Beines von 14½ bis 11½ am Knöchel, unter dem Knie von 25⅜ auf 17 Zoll, und 9 Zoll über dem Knie von 24¾ auf 21¼ Zoll verringerte. Kompliziert wurde die Besserung durch Eiterung, die beide Mal merkwürdigerweise am 9. Tag nach dem Eingriff auftrat, und die Verf. auf Autointoxikation durch einen der Eleph. spezifischen Mikrokokkus zurückführte. Injektionen von der aus dem Oedem hergestellten Vaccine brachten Stillstand des Fiebers. Die schönen Erfolge ermuntern zur Anwendung dieses Verfahrens bei einschlägigen Fällen. **Mosenthal**-Berlin.

6) **Bardenheuer** (Köln). Mitteilungen aus dem Gebiete der Nervenchirurgie mit einer einleitenden Abhandlung über die anatomische Verheilung der Nervenverletzungen.
Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1908. 96. Bd. 1.—3. H. p. 24.

In einer grösseren Arbeit teilt B. seine Erfahrungen auf dem Gebiet der Nervenchirurgie mit und empfiehlt statt orthopädischer Massnahmen wie Bäder-, Heissluft-, Massagebehandlung bei Nerven-



verletzungen öfter zum Messer zu greifen, sei es auch nur, um die Nervenscheiden zu spalten und den Nerven von Blutkoagulum, angestauter Lymphe, Exsudat, Adhäsionen zu entlasten.

Durch die mechanischen Insulte von Seiten all dieser raumbeengenden Faktoren wird bei längerer Dauer der Einwirkung die Nervenkontinuität aufgehoben und Degeneration tritt ein.

Oft tritt Nervenlähmung ein dadurch, dass der Nerv in benachbartes Narbengewebe (z. B. bei ankylosierenden Gelenken) mit einbezogen wird. Das operative Vorgehen, Ausschälen des Nerven, bringt in solchen Fällen Heilung.

Die Nervennaht führt B. durch den Nerven selbst aus mit Katgut. Eine günstigere Prognose ist bei Behandlung älterer Nervenläsionen zu stellen, da sich die Fibrillen dann besser an einanderlegen, und die Naht sich exakter anlegen lässt.

Der Erfolg der Nervennaht ist ausnahmsweise nach 5—20 Tagen zu sehen, oft dauert es aber Monate, bis ein Resultat — oft auch ein negatives — zu konstatieren ist.

Oft empfiehlt es sich, neben der Nervennaht auch Transplantation von Sehnen und Muskeln auszuführen.

Zum Flicken werden benachbarte, funktionell weniger wichtige Nerven gebraucht, wenn es sich um Korrektur schon eingetretener Lähmungen an den Nerven handelt. **Manhold**-Heidelberg.

7) **Rud. Neurath.** Atypische Poliomyelitisfälle.

Wiener med. Wochenschr. Nr. 18.

Der eine Fall zeigt Mitbeteiligung der kortikospinalen Bahn, also Enkephalomyelitis. Ein zweiter akut einsetzender, mit chronisch progressivem, aszendierendem Verlauf hat bis jetzt in der Literatur kein Pendant. **Spitzy**-Graz.

8) **Vulpius** (Heidelberg). Erfolge in der Behandlung schwerer Kinderlähmungen.

Münch. med. Wochenschr. 1908. Nr. 51 p. 2662.

Nach kurzer Besprechung der Indikation für Arthrodese, Muskel- und Nerventransplantation, geht V. dazu über, das Verfahren und die Erfolge zu beschreiben, die er bei über 40 sogenannten Handgängern, also den schlimmsten Lähmungen beider Beine, angewandt resp. erzielt hat. Es folgen zwölf kurze Krankengeschichten, die beweisen, wie durch Redressement, Myo- und Tenotomie, Osteotomie, Arthrodese und Sehnenüberpflanzung aus kriechenden Krüppeln aufrechtstehende und -gehende Menschen ge-



macht werden können. Mühe, Zeit und Kosten, die man aufwenden muss, sind allerdings beträchtliche, desto erfreulicher ist aber das Resultat. **Ewald** - Hamburg.

9) **Rowlands.** A clinical lecture on the treatment of a case of extensive infantile paralysis by operation and apparatus.

British medical journal 1909. 2519.

Die ausführliche Krankengeschichte eines Kindes mit poliomyelitis ant. mit Lähmungen beider Extremitäten, das durch die entsprechenden Tenotomien und Apparate auf die Beine gebracht wurde, und die daran geknüpfte Besprechung der Kranhheit bietet nichts Neues. **Mosenthal** - Berlin.

10) **Axhausen** (Kiel). Osteogenesis imperfecta oder frühe Osteomalazie als Grundlage der idiopathischen Osteopsathyrosis?

Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1908. 92. Bd. 1.—3. H., p. 42.

Die idiopathische Knochenbrüchigkeit (Osteopsathyrosis) wird von einigen Autoren zu der späten und milden Form der Osteogenesis imperfecta, von anderen zu den Frühformen der Osteomalazie gerechnet. Bei ersterer findet man schon intrauterin mangelhafte Osteoblastentätigkeit, die Kinder kommen zur Welt mit atrophischen, frakturierten, in der Anlage kaum angedeuteten Knochen. Die Osteopsathyrosis spielt sich extrauterin ab und zeigt regelmässige Knochenresorption neben fast vollständigem Aufhören der Apposition.

Auf Grund von mikroskopischen Untersuchungen an einem amputierten Bein, das wegen seiner Verkümmerung und der Belästigung, die es als störendes Anhängsel verursachte, entfernt worden war, kommt Verf. zu der Ansicht, dass die Osteopsathyrosis mit der Osteomalazie in Zusammenhang steht. In seinem Fall konnte auch histologisch das Bestehen einer früheren Osteomalazie, das zur Brüchigkeit des Knochens führte, nachgewiesen werden.

Verf. fand neben schwerer Atrophie am Knochen reichliche Mengen unverkalkten osteoiden Gewebes, teils lamellös, teils geflechtartig angeordnet. Wegen dieses reichlichen Vorkommens osteoider Massen kann der Befund nicht als einfache Atrophie ansgelegt werden. Die untersuchten Knochen in makroskopischer Abbildung sind der Arbeit beigefügt. **Manhold** -Heidelberg.

11) **A. Lambotte** (Anvers). Technique et indications de la prothèse perdue dans le traitement des fractures.

La presse médicale, 1909. Nr. 37.

Die Behandlung der Knochenbrüche mit versenkten Prothesen hat, trotz mannigfacher Vorzüge, noch wenig Anhänger gefunden, und in den Lehrbüchern wird derselben kaum Ewähnung getan. Nichtsdestoweniger handelt es sich um eine leicht durchführbare Operationsmethode, mit sehr guten Erfolgen, die nur den Nachteil hat, eine spezielle, ziemlich reichliche Instrumentierung zu verlangen. Grundbedingung für den Erfolg ist selbstverständlich eine vollkommene Asepsis sowohl des benützten Materials, als auch während des Operationsaktes, ferner, dass der Eingriff rasch und ohne unnötige Verletzung der umgebenden Gewebe durchgeführt werden kann, was Sache der Übung ist.

Die Instrumentierung dieser Methode verlangt eine grosse Anzahl von Spangen verschiedener Form und Grösse, die leicht und dauerhaft hergestellt sein müssen. Verzinnter, vergoldeter oder vernickelter Stahl hat sich hierzu als am zweckmässigsten herausgestellt. Diese Platten haben eine grössere Anzahl von Löchern zur Aufnahme der Befestigungsschrauben, und werden letztere zweckmässig mit einer längeren scharfen Spitze hergestellt, was oft das Bohren überflüssig macht. Wo letzteres notwendig sein sollte, sind die amerikanischen Holzbohrer anzuwenden. Zum Festhalten der Schrauben bei der Befestigung hat der Verf. eine eigene Zange konstruieren lassen, da das Halten mit den Fingern verschiedene Nachteile bietet.

Die besten Erfolge gibt die versenkte Prothese bei Brüchen der Vorderarmknochen, während bei solchen des Femur die Anlegung der Prothese von der Form und Lage des Bruches abhängt. Schiefe Brüche sind im Allgemeinen für diese Behandlungsart nicht geeignet.

Der Verf. schliesst seinen Aufsatz, indem er gegen die Anwendung von Silbernähten zur Fixierung gebrochener Knochenenden protestiert. Diese veraltete Behandlungsart sollte aus der Chirurgie vollständig verschwinden.

E. Toff.

12) **M. Lange.** Le traitement des fistules par les injections de pâte au sous-nitrate de bismuth.

Gaz. des hôpitaux. 1909. 28. p. 336.

Die Anwendung der Beck schen Wismutpaste bei der Behandlung von eiternden Fisteln und von Abscessen wird von den



Amerikanern warm empfohlen. Sie ist mit mehr oder weniger Erfolg bei akuten und chronischen Weichteil-, Knochen- und Gelenkeiterungen benutzt worden, auch bei komplizierten Frakturen, Laparotomien, Prostatektomien, Nierentuberkulose und tuberkulösem Empyem. Selbst Augen-, Ohren- und Nasenärzte haben erfolgreiche Versuche damit gemacht. Vorbedingung ist die Reinheit des Präparats, denn es sind einige Todesfälle mitgeteilt, die auf Beimischungen zurückzuführen sind (Methaemoglobinaemie, Nephritis). Auch das reine Bismutum subnitricum scheint für empfindliche Individuen nicht ungefährlich zu sein. L. rät die Anwendung auf kleinere Fisteln zu beschränken, wo die Quantität der Paste nicht so gross sein muss, dass sie toxisch wirkt. **Ewald**-Hamburg.

13) **R. Werndorff** (Wien). Über Almatein.

Münch. med. Wochenschr. 1909. Nr. 3. p. 137.

Das Almatein ist ein Kondensationsprodukt aus Formaldehyd und Haematoxylin und soll die antiseptischen resp. adstringierenden Eigenschaften dieser beiden Stoffe in sich vereinigen. Es wurde in der Lorenzschen Poliklinik bei tuberkulösen Fisteln, bei Dekubitus, bei kalten Abszessen und als Almateinplombe bei Knochenkaries anstatt der Jodoformplombe verwendet. W. rühmt die sekretionsbeschränkende, austrocknende, granulationsbildende Wirkung des Präparats, das keine der unangenehmen Nebeneigenschaften des Jodoforms hat. Namentlich fällt die austrocknende Wirkung der Plombe auf, weshalb W. nicht so viele Misserfolge als mit der Mosetigschen Plombe hatte. **Ewald**-Hamburg.

14) **Schenker** (Aarau). Weitere Beobachtungen in der Tuberkulosetherapie bei der Anwendung von Marmorekserum.

Münch. med. Wochenschr. 1909. Nr. 4. p. 174.

S. hat 60 Fälle von Tuberkulose, meist III. Grades mit Marmorekserum behandelt und konnte bei 17 volle, bei 25 teilweise Arbeitsfähigkeit erzielen. Besonders günstig (d. h. antitoxisch) wirkt es bei Lungen-, Knochen- und Bauchfelltuberkulose, auch bei Lungentuberkulose III. Grades bringt es, wenn lange genug angewandt, die Erscheinungen zum Schwinden Da, wo ausgedehnte Zerstörungsprozesse schon vorhanden sind, hilft das Serum ebensowenig wie etwas anderes. Nach dem Urteil des Verf. ist das Serum gegenwärtig wie kein zweites imstande, die Tuberkulose mit Erfolg zu bekämpfen. **Ewald**-Hamburg.



15) **Bannatyne.** The treatment of chronic joint conditions by Fibrolysin.

Lancet. 23. Jan. 1909.

Der Erfolg, den B. von Fibrolysininjektionen gesehen hat trat erst nach 4—5 Injekt. auf und übertraf bei den muskulären Kontraktionen nach ausgeheilter Arthritis alle anderen Methoden,

Mosenthal-Berlin.

16) **Reinhardt** (Gülhane). Die primäre sklerosierende Tuberkulose der Schleimbeutel.

Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1909. 98. Bd. 1. H. p. 63.

Verf. erinnert an die Beobachtung der „fibrösen Diathese“ der Franzosen bei bestehender anderweitig lokalisierter oder abgelaufener Tuberkulose und führt mit Berücksichtigung früherer Untersuchungen Wietings selbst Resultate mikroskopisch-histologischer Arbeiten an, die die Bildung sklerosierender Entzündungen in Schleimbeuteln zum Gegenstand haben, wie sie, in der Türkei typisch auftretend, von ihm beobachtet wurden: durch die eigenartige Sitzweise der Türken entstehen Bursitiden am Trochanter major, an den äusseren Malleolen, bei professionellen Betern an der Tuberositas tibiae, aber auch am Ellenbogen, am Akromion, alles Stellen, die mechanischen Insulten ausgesetzt sind.

Durch den chronischen Reiz wird ein locus minoris resistentiae geschaffen, die Ansiedelung von Tuberkelbazillen begünstigt. Diese regen eine sklerosierende Entzündung an.

Im Gegensatz zu den Wietingschen Formen, die mehr tuberkulöses Granulationsgewebe, Erguss und Eiterbildung aufwiesen, zeigten die Fälle des Verfassers mehr Bindegewebe, wenig spezifisch tuberkulöse Produkte, was er aber nur als einen graduellen Unterschied der pathologischen Vorgänge deutet. **Manhold**-Heidelberg.

17) **Wilms** (Basel). Ueberkorrektur bei Nagelextension (Steinmann).

Deutsche Zeitschr. für Chir. 1908. 92. Bd. 1.—3. H., p. 260.

Verf. warnt vor Uebertreibung der Belastung bei Steinmannscher Nagelextension, die viel wirksamer ist als Heftpflasterextension. Das Radiogramm eines Oberschenkelstückbruchs zeigt nach Belastung mit 25 kg in den ersten 8 Tagen nach dem Unfall eine starke Diastase der Fragmente. Für Extension am Oberschenkel eines Erwachsenen genügen 15—20 kg. **Manhold**-Heidelberg.



18) **Petri** (Rom). Un nuovo apparecchio ortopedico per la coordinazione e deambulazione.

Il Policlinico. Sez. prat. A. XV, fasc. 30.

Für an Kontrakturen der unteren Extremitäten oder an Fussdeformitäten leidende Patienten, bei denen entweder keinerlei Apparat angewendet wird oder aber so schwere Korrektionsapparate, dass dadurch mehr das Gehen behindert als die Deformität korrigiert wird, und für jene anderen, bei denen wegen der alterierten Gehfunktion zur Ermöglichung des Gehens zu Krücken geschritten wird, hat Verf. einen Apparat aus Bambusrohr ersonnen, der neben der grossen Leichtigkeit (400 g.) den grossen Vorzug besitzt, jede Kontraktur der Unterextremität zu korrigieren.

Buccheri-Palermo.

19) **Fedor Reszö.** Über Tapotement mit Apparaten.

Wiener med. Wochenschr. Nr. 13.

Verf. beschreibt einen von ihm angegebenen kleinen Klopfapparat, bestehend aus zwei Hämmern, welche von einer Welle mittelst der verschiedenartigsten Kraftquellen bewegt werden.

Spitzy-Graz.

20) **Frode Sadolin** (Kopenhagen). Sygegymnastik.

Nordisk Tidsskrift for Terapi. Aargang VII, H. 7. April 09. Pag. 191—201.

Vortrag über Gymnastik und Heilgymnastik. Die Bedeutung, Verwendung und Ausführung einiger Übungen wird beispielsweise näher besprochen. Verf. schliesst dahin, dass Heilgymnastik nicht schablonenmässig angewendet werden soll, vielmehr ist sie eine Behandlung, die ebensowohl wie jede andere Therapie von Beobachtung und Nachdenken geleitet werden muss, was aber nur derjenige kann, der im Stande ist, sich einen selbständigen Begriff über den Zustand des Patienten zu bilden. **Panum**-Kopenhagen.

21) **K. Taege** (Freiburg i. B.). Eisen als Ersatz des Wismut für Röntgenaufnahmen.

Münch. med. Wochenschr. 1909. Nr. 15, p. 758.

T. bezweifelt gegenüber Lewin (s. Ref.), dass das Wismut als Karbonat Vergiftungen hervorrufen kann. Doch ist das von Lewin vorgeschlagene Eisenoxyd vorzuziehen, weil es billiger ist. Andererseits ist es schwer zu bekommen. T. hat daher das früher offizinelle Ferr. oxyd. rubrum angewandt, von dem beliebig grosse Quantitäten keine Krankheitserscheinungen machen. Das Präparat lieferte (bei Kaninchen!) hervorragend schöne Röntgenaufnahmen.

Ewald-Hamburg.



22) **E. Ebstein** (Leipzig). Über rhachitische Residuen am Brustkorbe Erwachsener.

Münch. med. Wochenschr. 1908. 51. p. 2667.

Ein 20 jähr. Friseur, der mit Sicherheit Rhachitis durchgemacht hat, hat unter der rechten Mammillargegend eine tiefe, muldenförmige Thoraxeinsenkung auf der rechten Seite zurück behalten. Nach den Angaben des Pat. soll diese auch linkerseits bestanden haben, ferner bei zwei Brüdern in den Knabenjahren vorhanden gewesen sein. Bei letzteren habe sich aber später — wie auch auf seiner eigenen rechten Seite der Thorax wieder normal vorgewölbt. — E. hält die Deformität für das Residuum eines hochgradigen Pectus carinatum und bespricht die verschiedenen Theorien der Entstehung. **Ewald**-Hamburg.

23) **Karl Preleitner.** Orthopädischer Apparat zur Verhinderung der lordotischen Albuminurie.

Wiener klin. Wochenschr. Nr. 8.

Nach mehrfachen Versuchen wurde von P. ein Apparat konstruiert, der einer zu starken Beckenneigung begegnen soll. An einem genau anmodellierten Beckenringe sind zwei Stahlstäbe angebracht, welche mittels einer breiten Pelotte den Oberkörper derart nach vorn drängen, dass, um aufrecht bleiben zu können, der Kranke das Becken heben muss, wodurch die Korrektur der Lordose und bei P.s Fällen auch das Aufhören der Albuminurie bewirkt wird.

Spitzy-Graz.

24) **J. K. Spischarny** (Moskau). Ueber Muskelplastik bei Defekten der Bauchpresse.

Zentralblatt für Chirurgie. 1909. 10, p. 329.

In fünf Fällen von 10—20 cm langen Muskeldefekten der vorderen Bauchwand (nach Geschwulstentfernung aus dem rectus abdominis, nach Nephrotomie und Appendicitisoperation) deckte S. den Defekt mit dem musc. obliquus externus. Er trennte diesen an seinem Rippenansatz ab, und zwar unter Schonung der Gefässe und Nerven, schlug den Lappen dann um 40—60° um und vernähte ihn in den Defekt. 1—2 tägige Drainage. Resultat: Der Lappen heilte immer an, der Muskellappen liess sich faradisch reizen, eine Hernie bildete sich nie heraus. **Ewald**-Hamburg.

25) **Schäfer** (M.-Gladbach). Über Halsrippen.

Münch. med. Wochenschr. 1908. 51. 2675.

In die von S. geleitete Lungenheilstätte kamen kurz nach-



einander 4 Patienten zur Beobachtung, bei denen durch die klinische Untersuchung ein- oder doppelseitige Halsrippen vermutet wurden, die durch Röntgenaufnahmen sicher gestellt wurden. In zwei Fällen hatten die Halsrippen zu Irrtümern in der Diagnose Veranlassung gegeben, einmal dadurch, dass sie einen falschen Perkussionsbefund vortäuschten, das andere Mal dadurch, dass sie zu einer Verwechslung mit Lymphdrüsengeschwülsten führten.

Ewald-Hamburg.

26) **Mylvaganam.** A case of excision of the scapula.

Lancet. 9. Jan. 1909.

Beschreibung eines Falles von Resektion der Scapula mit Tförmiger Inzision bei Sarkom. M. liess nur die Spitze des Akromions zurück. Bei der Notwendigkeit, in solchen Fällen radikal vorzugehen, spielt das Zurücklassen der Fossa glenoidalis und des processus coracoideus (Rowland), das nur eine Abduktion bis 90° ermöglicht, keine so bedeutende Rolle, da diese Exkursion auch bei totaler Resektion möglich ist. Vorausgesetzt primäre Heilung und Beginn mit Gymnastik nach der ersten Woche kommt die totale Resektion im funktionellen Resultat der partiellen fast gleich; ja die bei letzterer zurückbleibenden Reste der Skapula beschränken oft die Bewegungen des Armes. Das Fragment ersetzt nie mehr die Scapula, und Bewegung im Humeroscapular-Gelenk findet nicht statt, da sich wegen der mangelnden Muskelinsertionen der Rest der Sc. stets mit dem Humerus als ein Ganzes bewegt.

Mosenthal-Berlin.

27) **Tornatola** (Messina). Frattura comminutiva della clavicola.

La Clinica chirurgica. A. XVII. Nr. 2.

Verf. hat einen Fall von Splitterbruch der linken Klavikula beobachtet. Diese Frakturart ist sehr selten und in der Literatur finden sich nur wenige Fälle. Die Fraktur ist durch indirekte Ursache erfolgt und zwar durch Fall auf die Schulter und auch durch plötzliche Muskelkontraktion.

Buccheri-Palermo.

28) **P. Frangenheim** (Königsberg i. Pr.). Tendinitis ossificans traumatica der Tricepssehne.

Medizinische Klinik. 1909. Nr. 8. p. 278.

Knochenbildung im Sehnengewebe abseits der Ansatzstelle der Sehnen ist bisher nur in der Achillessehne beobachtet worden.



Bei einem 19jähr. Offizier, der beim Turnen auf die Rückseite des linken Ellbogens fiel, bildete sich in der Tricepssehne einige Wochen später ein radiographisch nachweisbarer Knochen, der — wie die Operation zeigte, fast die ganze Breite der Sehne einnahm. Das exstirpierte etwa 1 cm lange Gebilde zeigte Knochenstruktur: Spongiosa und Markräume. Histologisch entspricht das Bild ganz dem der Myositis ossificans traumatica. — Die beschriebene Knochenbildung ist ausserordentlich selten, ganz im Gegensatz zu den Verknöcherungen der Sehnenansätze (Triceps-, Ileopsoas-, Achillessehne; Kalkaneussporn), die eine Alterserscheinung sein dürften. Nicht zu verwechseln sind diese Bildungen von echtem Knochen mit den aetiologisch dunklen Kalkeinlagerungen in die Sehnen.

Ewald-Hamburg.

29) **Lossen** (Köln). Beiträge zur extrakapsulären Radikal-Resektion des tuberkulösen Ellenbogengelenks.

Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1908. 92. Bd. 1.—3. H., pag. 120.

L. führt eine Statistik und Beschreibung der Fälle von Ellenbogentuberkulose an, die in der Bardenheuerschen Klinik im Verlauf von 12 Jahren radikal reseziert wurden nach der Methode von Bardenheuer.

In frischen Fällen wurde konservative Behandlung versucht (Gipsverband, Jodoforminjektionen, Biersche Stauung). In jedem Fall von Fistelbildung, ob beim Erwachsenen oder beim Kinde, wurde radikal vorgegangen.

Bardenheuer entfernt den tub. Herd im Gesunden, operiert ca. 1 cm ausserhalb der Abszessmembran, das Gelenk wird in toto herausgenommen, der infektiöse Inhalt kommt mit der Wunde gar nicht in Berührung.

Der Humerusschaft wird keilförmig zugespitzt, im rechten Winkel in die Gabel, die von Radius und Ulna gebildet wird, hineingelegt, die Ulna mit einer Rinne versehen zur Aufnahme des Humeruskeiles, letzterer mit einem Nagel in die Ulna fixiert. Der Radiusstumpf, um ca. 3 cm kürzer als der der Ulna, wird mit Muskellappen übernäht, damit keine Verwachsung mit den anderen Knochen stattfinde und eine gute Pronationsmöglichkeit gewährleistet sei.

Die nach der Heilung resultierende Armverkürzung soll gering sein und die Funktionsfähigkeit des Armes nicht beeinträchtigen.

Die prompte Heilung war in den beobachteten 86 Fällen vom Alter der Patienten unbeeinflusst.

Manhold-Heidelberg.



30) **Tornatola** (Messina). Lussazione anteriore del Polso.

La Clinica chirurgica A. XVII, Nr. 2.

Verf. hat eine Frau mit vorderer Luxation des Handgelenkes beobachtet. In der Literatur sind derartige Luxationen selten. Die Ursache zu ihrer Bildung ist ein Fall auf die Hand gewesen, wodurch die Knochen des Vorderarms in eine derartige Lage kamen, dass sie mit dem Handrücken einen sehr offenen Winkel bildeten. Da die Hand auf dem Boden immobilisiert wurde und die Triebkraft weiterwirkte, zerrissen die Bänder, und die Knochen des Vorderarmes glitten auf die dorsale Fläche des Karpus.

Buccheri - Palermo

31) **Franke** (Rostock). Zur Anatomie der Madelungschen Deformität der Hand.

Deutsche Zeitschr. für Chir. 1908. 92. Bd. 1.—3. H., pag. 156.

Im ganzen sind in der Literatur 59 Fälle bekannt, 47 weibliche, 9 männliche.

Verf. hatte Gelegenheit, einen Fall von Madelungscher Deformität zu sezieren. Anatomisch untersucht wurden in der Literatur nur 2 Fälle.

F. findet auf Grund seiner anatomischen Untersuchung die Ursache der Deformität in der Störung der Wachstumsrichtung der Epiphyse, nicht in Verbiegung des Radiusschaftes, und neigt wie andere Autoren dazu, Rachitis, die auch in dem gegebenen Fall nachzuweisen war, als eines der ursächlichen Momente der Deformität in Betracht zu ziehen.

Der Arbeit sind Reproduktionen von photographischen und Röntgenaufnahmen beigefügt. **Manhold**-Heidelberg.

32) **Pradella** (Venedig). La mia mano torta radiale.

Il Corriere Sanitario. 1908. Nr. 33.

Verf. beschreibt seinen Fall einer Rouvierschen Varietät der angeborenen Klumphand, in der das Skelett komplett ist, sich aber Konformationsfehler finden. **Buccheri**-Palermo.

33) **S. Robinson.** Die Fraktur des ersten Mittelhandknochens (Bennett).

Boston med. and surg. Journ. 1908. Nr. 9, p. 275.
Ref. in Gaz. des hôpitaux. 1909. Nr. 23, p. 278.

Die von Bennett 1881 zuerst beschriebene Fraktur der Basis der Metakarpale I ist eine schiefe Gelenkfraktur, die durch Fall auf den abduzierten Daumen zustande kommt. Das proximale



kleine Fragment bleibt mit dem multangulum majus in Verbindung, das distale wird nach aussen schnabelförmig disloziert. Eine Röntgenaufnahme ist zur Sicherstellung der Diagnose immer nötig. Die Behandlung ist nicht so einfach wie bei den häufigeren Querfrakturen, wo ein einfacher immobilisierender Verband genügt, sondern man muss einen Extensionsverband konstruieren, der 30 bis 40 Tage liegen bleibt. Andernfalls heilt der Bruch in dislozierter Stellung aus und die Beweglichkeit und Kraft des Daumens erleidet eine dauernde Störung. Bericht über 92 Fälle (Röntgenbilder und 5 Präparate!). **Ewald** - Hamburg.

34) **Pozzilei** (Mailand). Contributo clinico alla malattia di Dupuytren.

Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. 1908. Nr. 92.

Verf. teilt die Geschichte eines klinischen Falles mit, welche zeigt, dass die Schrumpfung des medianen Bündels der Palmaraponeurose auf entzündlich r Hyperplasie der Aponeurose selbst beruht. Diese Läsion wäre auf lokale oder allgemeine Ursachen (infektiöse oder toxische Erscheinungen) zurückzuführen, welche das trophische Reflexzentrum alterieren. **Buccheri** - Palermo.

35) **O. Wyss** (Zürich). Akute posttraumatische Dupuytrensche Fingerkontraktur.

Münch. med. Wochenschr. 1909. Nr. 3. p. 138.

Nach einer unregelmässigen flachen Schnittwunde in der Hohlhand entwickelte sich bei einem 14 jähr. Jungen innerhalb kurzer Zeit nach der Heilung eine schmerzhafte Flexionsstellung des 4. Fingers, die stetig zunahm. An der Handfascie, die mit der Narbe verwachsen war, waren wulstige Erhebungen zu konstatieren. Bei gewaltsamer Extension des Fingers riss die Palmarfascie ein, und unter täglicher Massage und Jodpinselung stellte sich allmählich die passive und aktive Extension wieder her. Bisher kein Rezidiv. Die traumatische Entstehung der Dupuytrenschen Fingerkontraktur wäre demnach erwiesen. **Ewald** - Hamburg.

36) **H. Heineke** (Leipzig). Über Knieschmerzen bei Hüfterkrankungen.

Münch. med. Wochenschr. 1909. Nr. 13. p. 647.

Klagen über Knieschmerzen sind bei Kindern, die an Koxitis leiden, häufig und verführen oftmals zu Irrtümern in der Diagnose. Als Ursache ist am wahrscheinlichsten eine Ausstrahlung der Schmerzen



in die drei Nervengebiete des obturatorius, femoralis und ischiadicus anzunehmen, die alle an der Versorgung des Hüftgelenk teilnehmen. Ausser bei den tuberkulösen Gelenksentzüudungen hat H. die Schmerzen (auch bei Erwachsenen) bei gonorrhoischen, bei chronisch-rheumatischen Erkrankungen sowie bei Arthritis deformans gesehen. Zwei Fälle von Unfallverletzten, die wegen negativen Befundes am Kniegelenk und mangelnder Untersuchung der Hüfte in den Verdacht der Simulation kamen. Es handelte sich bei beiden um eine Kontusion des Kniegelenks, das nach einiger Zeit wieder völlig normal wurde, ohne dass die Schmerzen im Knie nachliessen; im Gegenteil, sie nahmen an Stärke zu. Eine Röntgenuntersuchung nach $1^1/_2$ resp. 3 Jahren ergibt eine hochgradige Zerstörung des Femurkopfes und der Hüftpfanne, jedenfalls Arthritis deformans und Tuberkulose (?) des Hüftgelenks, das bei der genauen klinischen Untersuchung auch Bewegungsstörungen und Schmerzen aufweist. Die Möglichkeit einer Hüftgelenkserkrankung nach Fall auf das Knie muss zugegeben werden.

Ewald-Hamburg.

37) **P. Bade** (Hannover). Demonstration schwierig zur Heilung gebrachter Fälle von angeborener Hüftverrenkung.

Münch. med. Wochenschr. 1909. Nr. 7. p. 334.

B. ist der Überzeugung, dass die Misserfolge bei der Behandlung angeborener Hüftluxationen nicht der unblutigen Einrenkungsmethode, auch nicht ungünstigen anatomischen Verhätnissen zur Last zu legen seien, sondern eher dem Mangel der Technik. Die 11 Fälle von doppel- und einseitiger Luxation, deren Röntgenbilder vor und nach der Behandlung B. mitteilt, sind trotz schwieriger Verhältnisse (Coxa vara, Anteversion, schlechte Pfanne, frühere vergebliche Behandlung, frühere Schenkelhalsfraktur, Alter des Patienten) zur Heilung gelangt, und zwar anatomisch wie funktionell gleich gut. Die Art der Behandlung bestand in langer Fixation mit absichtlicher vorübergehender Ankylosenbildung im Hüftgelenk, zweizeitiger Einrenkung bei doppelten Verrenkungen, permanenter Abduktion der reponierten Seite durch Erhöhung der gesunden Seite, Kniekappenzug, langer Nachbehandlung. Eine Beseitigung der Anteversion des Femurkopfes vor der Reposition hält B. für unnötig, da sie zurückgeht, wenn die Fälle früh genug in Behandlung kommen. Die Hauptsache ist immer, eine genügende Festigkeit im Hüftgelenk zu erzielen. (Einwärtsrotation im letzten Verband, konzentrische Einstellung während der ganzen Retentionsperiode; dauernde Kontrolle durch Röntgenbilder.)

Ewald-Hamburg.

38) **Grilym G. Davis.** The treatment of irreducible congenital luxations of the hip by operative means.

The american journal of the medical sciences. Jan. 1909.

D. gibt uns nach einem geschichtlichen Überblick der Entwicklung der Repositionsmethoden von kong. Hüftluxation die Anschauung der Amerikaner, die von der unsrigen nicht abweicht, jede einseitige Hüfte, die älter als 11 Jahr ist und Beschwerden macht, soll blutig operiert werden, er operiert vom vorderen Längsschnitt ev. nach Codivilla. Zum Vertiefen der Pfanne braucht er seinen früher angegebenen Löffel und Bohrer und einen Hebel, um den Kopf in die Pfanne zu bringen (Abbild.). Er berichtet über 3 mit gutem Erfolg ausgeführte blutige Repositionen bei 15 und 20 Jahre alten Patienten. **Mosenthal**-Berlin.

39) **Kempf** (Braunschweig). Prinzipielles über Begriff, Ätiologie und Therapie der Coxa vara.

Arch. f. klin. Chir. 1908. 85. Bd. 3. H. p. 784.

Die Bezeichnung Coxa vara wird von K. nur anerkannt in den Fällen, wenn eine Einrollung der Femurepiphyse gegen den unteren Schenkelhalsrand besteht, wenn dazu eine Abweichung der Epiphyse nach rückwärts hinzutritt, und klinische Symptome wie leichte Ermüdbarkeit, Hüftschmerz, Hinken sich einstellen.

Die Ätiologie soll unbedingt eine traumatische sein — subkapitale Epiphysenlösung.

Die Therapie soll möglichst früh einsetzen, lange dauern und konservativ sein.

Jede Hüfterkrankung am Ende der Wachstumsperiode soll auf Coxa vara traumatica suspekt sein. **Manhold**-Berlin.

40) **zur Verth** (Berlin). Die schnappende Hüfte (Luxatio tractus cristo-femoralis).

Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1909. 98. Bd. 1. H., pag. 47.

Verf., selbst glücklicher Besitzer doppelseitiger schnappender Hüften, unterscheidet

1. die willkürliche schnappende Hüfte, „eine Kunst",
2. die habituelle, „eine Krankheit."

Der erstere Zustand besteht in der Fähigkeit, willkürlich einen Teil des Maissiatschen Streifens (Verdickung der Fascia lata) durch Anspannen gewisser Muskeln und durch Ausschalten anderer unter fühl- und hörbarem Geräusch über den Trochanter major schnellen zu lassen.



Vielen Menschen ist diese Kunstfertigkeit angeboren, andere erlernen es. Im Allgemeinen sind keine Beschwerden mit diesem Zustand verbunden.

Die habituelle schnappende Hüfte ist meist traumatischen oder entzündlichen Ursprungs, das Schnappen geschieht unwillkürlich, ist schmerzhaft. Je nach der Entstehung muss die Therapie eine operative oder funktionelle sein.

Die Stellung des Trochanter mojor nach der Luxation des Tractus cristo-femoralis ist so verändert, dass auf Grund von Inspektion und Palpation an eine Subluxation des Femur gedacht werden kann. Diese Diagnose wird erst geklärt, wenn man den Oberschenkelkopf ganz oder teilweise in der Pfanne stehend nachweisen kann. **Manhold**-Berlin.

41) **Hoch** (Basel). Abriss des Trochanter minor bei einem jugendlichen Individuum.

Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1909. Bd. 97. 3.—4. H., p. 405.

Es sind erst 2 Fälle dieser Verletzung bekannt. Hier handelte es sich um einen 17jährigen Spenglerlehrling, welcher von einer schweren herunterfallenden Kaminplatte an Kopf und linker Hüfte verletzt wurde. Das Hüftgelenk war schmerzhaft, aktive Beweglichkeit darin = 0.

Das Röntgenbild zeigt eine deutliche Absprengung des Trochanter minor und Verlagerung nach oben.

Die Therapie bestand in Ruhigstellung des Beines zwischen Sandsäcken.

Bei einer Nachuntersuchung nach Austritt aus dem Krankenhaus zeigte sich der Trochanter minor in seiner verschobenen Lage fest angeheilt. Keine Funktionsbeschränkung des Beines.

Der Mechanismus der Verletzung ist zu erklären durch eine Ausweichbewegung des Rumpfes, Abriss des Troch. min. durch Muskelzug des Ileo-psoas.

Nach Verf. prädisponiert das jugendliche Alter zu dieser Art Abrissfrakturen, da im 17. Lebensjahr die Knorpelfuge des Ossifikationskernes im Troch. min. eben erst in Verknöcherung übergeht.

Aeussere sichere Symptome für diese Art Absprengung sind nicht vorhanden. **Manhold**-Heidelberg.

42) **Ruggero** (Roma). Il trattamento della sciatica con le correnti ad alta frequenza.

Annali di elettricità medica e terapia fisica 1908. Nr. 91.

Aus den in einigen Fällen erzielten Resultaten ergibt sich,



dass unter den bei der Ischias verwendeten Behandlungsmethoden die Hochfrequenzströme eine gewisse Superiorität besitzen, weshalb ihre Verwendung in der Therapie als eines der raschesten Mittel zur Erzielung der Heilung gegenwärtig zu halten ist.

Buccheri - Palermo.

43) **Stieda** (Königsberg i. Pr.). Über eine typische Verletzung am unteren Femurende.

Arch. f. klin. Chir. 1908. 85. Bd. 3. H. p. 815.

S. fand auf Röntgenbildern Oberschenkelverletzter häufig einen Schatten am medialen Epikondylus in dessen oberen Abschnitten, den er als eine Abreissung dieses Knochenteiles deutet. Die Abreissung fand durch direkte Gewalteinwirkung statt. Die Funktion des Beines durch diese Läsion war nicht gestört. Druckschmerz vorhanden.

Manhold - Berlin.

44) **P. Hardouin** (Rennes). Drainage du creux poplité dans l'ostéomyélite de l' extrémité inférieure du fémur.

La presse médicale. 1909. Nr. 29.

Die Lokalisierung der Osteo-Myelitis im Jünglingsalter findet meistens im unteren Ende des Femurs statt, und falls nicht innerhalb der ersten zwei Tage eingegriffen wird, durchbohrt der Eiter den Knochen und gelangt in die Fossa poplitea. Man muss also nicht nur den knöchernen Herd eröffnen, sondern auch die Kniebeuge drainieren, und dies ist nicht leicht, da der Schlauch perforierend angelegt werden muss und dies infolge der Lage der Blutgefässe und sonstiger anatomischer Verhältnisse mit Schwierigkeiten verbunden ist. Der Verf. schlägt daher folgenden Operationsmodus vor, der ihm auch bei Kindern gute Dienste leistet. Man macht im unteren Teil des Schenkels an der Grenze zwischen vorderer und innerer Fläche einen 6—8 cm langen Längsschnitt, der bis etwa zwei Querfinger über den inneren Condylus reicht und vor den Blutgefässen gelegen ist. Der Vastus internus wird durchdrungen, und man gelangt auf den Knochen, welcher mit Meissel und Hammer breit eröffnet wird. Nach Reinigung der Markhöhle mittels Karbolsäure- oder Wasserstoffsuperoxydlösung beginnt man die gegenüberliegende Femurwand zu eröffnen, wobei mit einiger Vorsicht zu Werke gegangen werden muss, da dahinter die grossen Blutgefässe gelegen sind. Man eröffnet auf diese Weise auch die Eiteransammlung in der Fossa poplitea, führt eine Pincette durch das fettige Bindegewebe dieser Gegend und schneidet von hinten auch die Spitzen derselben ein. Auf diese Weise hat man einen schräg

von innen oben nach aussen und unten gehenden Kanal quer durch den Schenkel geschaffen, in welchen man ein etwa 1 cm dickes Drainrohr einlegt. Dasselbe liegt fest, komprimiert nicht die Blutgefässe und leitet den Eiter in ausgezeichneter Weise ab. Nach 8—10 Tagen kann das Drainrohr entfernt werden. **E. Toff.**

45) A. **Wildt** (Andernach). Ein Fall von Einklemmungsluxation der Patella.

Münch. med. Wochenschr. 1908, Nr. 52. p. 2705.

Ein 56jähr. Mann fiel aus einerHöhe von ca. 3 m mit dem rechten Knie auf den Rand eines Kübels. Man fühlt die Patella vertikal zur Beinachse stehend, in der Höhe des Gelenkspalts. Das ligamentum patellae springt stark vor. 3,5 cm oberhalb der Patella fühlt man im Quadrizeps eine fingerbreite Delle. Das Röntgenbild zeigt die Vertikalstellung der Kniescheibe, deren Gelenkfläche nach unten sieht. Die Bewegungen im Kniegelenk waren sehr schmerzhaft. Da die Reposition unblutig nicht gelang, wurde die Patella durch einen bogenförmigen Schnitt freigelegt, dann mit einer Knochenzange gefasst und ohne Gelenkeröffnung in ihre Lage zurückgebracht. Heilung per primam nach 16 Tagen. Nach 7 Monaten (keine Nachbehandlung!) ist Beugung im Knie um 60° möglich; Gang jedoch an zwei Stöcken. — In der Literatur sind bisher nur 9 Fälle beschrieben. **Ewald**-Hamburg.

46) **Höchtlen** (Blieskastel). Ein interessanter Fall von Polydaktylie.

Münch. med. Wochenschr. 1909. 2. p. 74.

Das Röntgenbild zeigt neben den 3 überzähligen Zehen auch 3 dazugehörige Metatarsalknochen, weiter ein 4. os cuneiforme, das dem os naviculare, wie die anderen 3 ossa cuneiformia aufsitzt. Das os naviculare hat anstatt 3 vier Facetten für die vier Keilbeine.

Ewald-Hamburg.

47) **Serafini** (Turin). Altra frattura da causa indiretta dell' osso navicolare del tarso.

Archivio di ortopedia. A. XXV fasc. 5—6.

Es handelt sich um eine neue Beobachtung einer Fraktur des Kahnbeins des Tarsus durch indirekte Ursache, die Verf. mitteilt sowohl wegen der Seltenheit des Befundes als wegen der Betrachtungen, die sich über Pathogenese, Symptomatologie und blutige Behandlung anstellen lassen. **Buccheri**-Palermo.



48) **Fränkel** (Berlin). Die Bedeutung des federnden Fixationsverbandes in der Klumpfussbehandlung.

Deutsche med. Wochenschr. 1908. S. 2212.

Entsprechend der von F. angewandten Saugtherapie muss natürlich die Fixation auch geändert werden. F. benutzt die Heusnersche Drahtspirale, durch deren Federung er einen Heftpflasterstreifen, der den Fuss im Sinne der Pronations- und Rotationswirkung umfasst, in Spannung erhält, sodass eine permanente redressierende Wirkung auf den Fuss ausgeübt wird. Dieser federnde Verband muss nach jedem Saugredressement angelegt werden. Ist der Fuss schon ziemlich vollständig redressiert, so kann der Patient auch auf dem Verbande herumlaufen. Steht der Fuss noch in erheblich pathologischer Stellung, so wird der Belastungsdruck durch eine einfache Schiene, in der der Fuss schwebt, ausgeschaltet. Auf dieser kann der Kranke dann herumgehen. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

49) **Guaccero** (Bologna). Le tenotomie per il raddrizzamento del piede torto.

Archivio di ortopedia A. XXV, Nr. 5—6.

Durch die Erläuterung von klinischen Fällen, die nachoperiert werden mussten, will Verf. dartun, dass die einfache Tenotomie beim Klumpfuss fast konstant den betroffenen Muskel ausser Funktion setzt, infolge der Verwachsungen, die der neue Muskel mit der Umgebung eingegangen hat, und die bewirken, dass die deutliche Individualität in den Stümpfen verloren geht. Daraus ergeben sich Insuffizienzen verschiedenen Grades bis zum vollständigen Fehlen des Funktionsvermögens. **Buccheri**-Palermo.

50) **Schanz** (Dresden). Fortschritte in der Behandlung der Insufficientia pedis.

Deutsche med. Wochenschr. 1909 Nr. 2. S. 61.

Die von Sch. aufgestellte Insufficientia pedis kann sich nicht nur auf das Längsgewölbe, sondern auch auf das Quergewölbe des Fusses, welches sich zwischen den Köpfchen der Metatarsen ausspannt, beziehen. Dies Nachgeben des Quergewölbes ist meistens mit Hallux valgus kombiniert. — Beschwerden bestehen dabei vorzugsweise im vorderen Teil des Fusses, und es bilden sich schmerzhafte Schwielen unter den Köpfchen der mittleren Metatarsen. Wenn man durch seitliche Kompression des vorderen Fussteiles das Quergewölbe wieder herstellt und durch umgelegte Heftpflasterstreifen fixiert, so verschwinden die Beschwerden sofort. Auch durch ent-



sprechend angefertigte Einlagen aus Leder und Stahl, die bis zur Höhe der Knöchel hinaufreichen, lässt sich dieser Heileffekt erzielen.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

51) **Jacobsthal** (Jena). Über Fersenschmerzen.

Arch. f. klin. Chir. 1908. 88. Bd. 1. H. p. 146.

Unter Ausschluss der Fälle von Fersenschmerzen, in denen als Ursache Tuberkulose der Bursa achillea, des Kalkaneus, akute infektiöse Osteomyelitis, typische Frakturen, Plattfüsse angenommen werden konnten, veröffentlicht Verf. den Befund bei 42 poliklinischen Patienten.

Es handelte sich dabei um

Achillessehnenkontusion
Partielle Ruptur
Verknöcherung der Sehne
Fibrom derselben
Peritendinitis achillea
Bursitis achillea profunda (Ätiologie: Trauma, Gonorrhoe, Tbc., Rheumatismus),
Exostosen an der hinteren Kalkaneusfläche (Wachstumsstörungen an der Knochenknorpelgrenze?)
Schmerzen in den Weichteilen der Sohlenfläche des Fusses, speziell an der
a. bursa subcalcanea
b. Fascia plantaris (z. B. nach Influenza; Neuralgien).
Exostosen des Tuber calcanei = Kalkaneussporn.

Vielfach ist klinisch die Diagnose bei Fersenschmerzen nicht exakt zu stellen. Operativer Erfolg ist nur mit Reserve zu deuten, die Schmerzen hören oft spontan auf; eine etwa zu diesem Zeitpunkt ausgeführte Operation täuscht dann leicht, indem sie ein zu günstiges Resultat der chirurgischen Therapie vorspiegelt.

Manhold-Berlin.

52) **v. Frisch** (Wien). Die Gleichsche Operation und ihre Bedeutung in der Therapie des Plattfusses.

Archiv für klin. Chir. 1908. 87. Bd., p. 324.

Die G.'sche Operation besteht in Keilexzision oder Osteotomie, Verschiebung des schräg durchmeisselten Fersenhöckers nach innen, unten und vorn.

Fixation der Fragmente in korrigierter Stellung durch Nägel.



Die Resultate der Operation waren in der Eiselsbergschen Klinik sehr gute. Zur Nachbehandlung wurden nie Plattfusseinlagen verwendet. Die Nachuntersuchungen ergaben ein stärker ausgeprägtes Fussgewölbe als bei der Entlassung aus dem Krankenhaus. Diese spontane Besserung ist einerseits der Verlagerung eines Teiles der kurzen Fussmuskeln und des Lig. plantare longum in ihrem Punctum fixum nach abwärts zuzuschreiben, andererseits wird durch Verschiebung des Fersenbeinhöckers der auf dem Fussgewölbe lastende Druck in seinen Komponenten modifiziert, der vordere Teil des Gewölbes entlastet, der Seitenschub verringert. **Manhold**-Berlin.

53) **V. de Knop** (Brüssel). Semelle orthopédique pour pied plat douloureux.

La revue médico-sociale 1909. 1 p. 3.

Verf. glaubt die Langesche Zelluloideinlage einfacher und leichter auf folgendem Wege herstellen zu können: auf den eingefetteten Gipsabguss wird eine feinmaschige Gazebinde gewickelt, und dann auf die Fusssohle eine dicke Zelluloidazetonlösung gepinselt. Nachdem so drei Schichten übereinanderliegen, wird zur Verstärkung ein achtförmig gebogenes Stück 2 mm dicken Stahldrahtes befestigt, darauf folgen wiederum 3 Gazezelluloidschichten, und die Einlage wird nach dem Trocknen vom Modell heruntergeschnitten. **Ewald**-Hamburg.

Kongressberichte, Vereinsnachrichten etc.

54) II. Congrès de Physiothérapie des médecins de la langue française. Paris, 13., 14. und 15. April 1909.

Gazette des hôpitaux. 1909. Nr. 48.

Die physikalischen Methoden in der Behandlung und Diagnose der Kinderlähmung.

Nacheinander wird von den Referenten jeweilig der Wert der Mechanotherapie, Massage, Hydrotherapie, Uebung und Elektrotherapie für die Früh- und Spätbehandlung der Lähmung hervorgehoben. Charakteristischer Weise wird mit keinem Worte der orthopädisch-chirurgischen Behandlung Erwähnung getan.

Ewald-Hamburg.

55) **Muskat**. Berliner medizinische Gesellschaft. 10. III. 1909.

Berl. klin. Woch. 1909. Nr. 13, p. 607.

Fall von Missbildungen an Füssen und Händen.



6 Mittelfussknochen und Zehen an beiden Füssen, Sechsfingrigkeit rechts, Verwachsung der Mittelhandknochen beiderseits. Keine Heredität, keine Abschnürungen. **Ewald**-Hamburg.

56) **Ehringhaus.** Gesellschaft der Charité-Aerzte. 11. II. 1909.
Berl. klin. Woch. 1909. Nr. 13, p. 607.

Eine ungewöhnliche Form von Syndaktylie.

Der 34jährige Buchhalter, der aus gesunder Familie stammt, hat — wie Röntgenbilder ergeben — an beiden Händen und Füssen mehr oder weniger vollkommene Anlagen für einen 6. Finger bezw. Zehe. Ein Knochenwürfel zwischen dem 3. und 4. Metakarpale der rechten Hand dürfte als Teil eines überzähligen Metakarpalknochens zu deuten sein. Am rechten Mittelfuss findet sich ein 6. Metatarsale. Der Fall gehört zu der Gruppe der „verdeckten syndaktylen Hyperdaktylien", die sich von der „offenen" dadurch unterscheidet, dass sich die Syndaktylien ausschliesslich am Mittel- oder Ringfinger der Hand lokalisieren. Bei der offenen syndaktylen Hyperdaktylie treten dagegen die Deformitäten an der radialen resp. ulnaren Seite der Hand bezw. den entsprechenden Stellen des Fusses auf. — Ein 4jähriger Sohn hat dieselben Missbildungen an Händen und Füssen. **Ewald**-Hamburg.

57) **Bibergeil.** Gesellschaft der Charité-Aerzte. 11. II. 09.
Berl. klin. Woch. 1909. Nr. 12, p. 565.

Ueber partiellen Riesenwuchs.

Bericht über sechs Fälle von angeborenem Riesenwuchs (Makrodaktylie und Verkrümmung einzelner Finger). Die Thyreoidinkur führte zu keinem Resultat. Wenn Behinderungen eintreten, müssen die störenden Finger entfernt werden. Eventuell ergibt die Untersuchung der Epiphysen Aufschluss über die Ursache der Erkrankung. **Ewald**-Hamburg.

58) **Pozzi.** Académie de médicine. 8. VI. 1909.
Gaz. des hôpitaux. 1909. Nr. 65.

P. teilt mit, dass er in Amerika bei A. Carrel Ueberpflanzungen (Aorta, Venen, Ohr, Niere) auf dieselben und andere Individuen (Hunde) gesehen hat. Uns interessiert die Ueberpflanzung eines Unterschenkels vom Foxterrier auf einen andern, die vollkommen gelang: nach 14 Tagen war der neue Unterschenkel primär angeheilt. Da der Hund dann an Pneumonie starb, konnte die Autopsie gemacht werden, die völlige Vereinigung der bei der Operation zusammengenähten Muskeln, Gefässe, Nerven und



Knochen (Kallus!) ergab. — Voreilige Schlüsse bezügl. der Anwendung des Verfahrens beim Menschen sollte man nicht ziehen.

Ewald - Hamburg.

59) **Ludloff.** Schlesische Gesellschaft für vaterländische Kultur in Breslau. 5. III. 1909.

Berl. klin. Woch. 1909. Nr. 12, p. 572.

L. zeigt ein Kind mit Myositis ossificans, das durch Fibrolysin-Injektionen gebessert wurde. **Ewald**-Hamburg.

60) **Cranwell** (Buenos - Aires). Société de Chirurgie de Paris. 20. I. 1909.

Revue de chir. 1909. Nr. 3.

Muskelosteome und Messerstich.

Nach Muskelkontusionen (Zertrümmerung von Muskelsubstanz und Haematombildung) sind Osteome relativ häufig. Zwei Fälle, in denen 3 Jahre resp. 3 Monate nach einem Messerstich ein Osteom im Adduktor resp. im Quadrizeps aufgetreten ist. C. glaubt eher an eine Myositis ossificans als an eine periostale Knochenbildung. **Ewald** - Hamburg.

61) **Larat, Voisin** und **Tixier.** Société de biologie (Paris). 1. V. 1909.

Gaz. des hôpitaux. 1909. Nr. 57.

Bei einem 3½jährigen Kind, das die Erscheinungen der Osteopsathyrose (multiple Spontanfrakturen) zeigte, konnten Vortr. eine Herabsetzung der faradischen Erregbarkeit der Muskeln und partielle Entartungsreaktion nachweisen. Diese Muskelveränderungen sind nicht Folge der Knochenbrüche, sondern sind jedenfalls gleichzeitig mit den Knochenalterationen entstanden.

Ewald - Hamburg.

62) **Maier.** Gesellschaft der Charité-Aerzte. 11. II. 09.

Berl. klin. Woch. 1909. Nr. 12, p. 566.

Ueber Paget's Krankheit.

Es handelt sich um Ostitis deformans, auch Osteomalacia chronica deformans hypertrophica genannt. Es kommt eine Verdickung, dann auch eine Verkrümmung des Knochens zustande. Befallen werden Unterschenkel, Schädel, Klavikula, Wirbelsäule, Rippen, schliesslich aber auch andere Knochen. Die 64jährige Patientin bemerkte vor 6 Jahren am rechten äusseren Malleolus eine Verdickung, gleichzeitig auch am Metatarsale I, und zwar am



Köpfchen, das schmerzhaft war; allmählich schwoll der Fussrücken an, dann der Unterschenkel, der sich nach und nach verkrümmte und sehr schmerzhaft war. Später wurde auch der Schädel, die 3. rechte Rippe und die Wirbelsäule ergriffen: Patientin wurde immer kleiner. Dauernder Jodkaligebrauch verminderte die Beschwerden, konnte aber den Krankheitsprozess nicht aufhalten. — Röntgenbilder. — Ätiologie dunkel, keine Lues. — Operieren soll man nur frühzeitig; später kommen trotz Osteotomie die Verkrümmungen doch wieder, oder es kommt gar zur Pseudarthrose. Auf eine Frage von Axhausen erwidert M., dass die Krankheit mit den Ovarien in keiner Beziehung steht. **Ewald**-Hamburg.

63) **Partsch.** Breslauer chirurgische Gesellschaft. 8. II. 1909.

Berliner klin. Wochenschr. 1909, Nr. 10, p. 468.

Demonstration eines Präparats von Knochenplastik am Menschen.

Einem 16 jährigen Jungen wurde wegen einer tuberkulösen Ostitis fast der ganze 4. Mittelhandknochen herausgenommen und durch ein gleichgrosses Periost-Knochenstück der Ulna ersetzt. Da die Tuberkulose an den Weichteilen (Sehnenscheide!) weiterging, wurde etwa 1 Jahr nach der Knochenimplantation die Hand amputiert, nachdem in der Zwischenzeit durch Röntgenbilder festgestellt worden war, dass der eingepflanzte Knochen sich erhalten und in seiner Form durch periostale Schichten sich sogar verändert hatte. Wie man am Präparat sieht, ist der neue Knochen mit der Umgebung verlötet und nirgends abgestorben. Er ist also nicht, wie man allgemein annimmt, durch neugebildeten Knochen vom implantierten Periost her substituiert worden. Ja er ist sogar durch die fortschreitende Tuberkulose infiziert worden. Demnach kann völlige Einheilung eines implantierten Knochenstücks beim Menschen vorkommen. Das implantierte Periost kann bedeutende Knochenwucherung erzeugen und eine annähernd normale Form des substituierten Knochens hervorbringen. **Ewald** - Hamburg.

64) **Philipsthal.** Hufelandsche Gesellschaft. 11. III. 1909.

Berl. klin. Woch. 1909. p. 615.

Knochenplastik.

Ein durch Karies verloren gegangener Malleolus ext. wurde durch einen aus dem stark vergrösserten Malleolus internus gebildeten gestielten Haut-Periost-Knochenlappen ersetzt. Da er nur pseudarthrotisch einheilte, wurde ein zweites Periostknochenstück frei

transplantiert. Durch die Operation wurde die vorher vorhandene exzessive Valgusstellung des Fusses vollständig beseitigt. Der Knabe geht ohne Stützschiene. **Ewald** - Hamburg.

65) **Lexer.** Verein für wissenschaftl. Heilkunde zu Königsberg i. Pr. 8. II. 1909.

Berl. klin. Woch. 1909. Nr. 8, p. 373.

Ueber moderne Behandlung der Knochenbrüche.

Die funktionelle Behandlung soll so früh wie möglich beginnen, damit die Funktion nicht erst in mühseliger Nachbehandlung wieder hergestellt werden muss.

Die Knochennaht soll die Fragmente, die disloziert stehen oder geringe Tendenz zur Kallusbildung zeigen, so feststellen, dass nach 8 Tagen mit der funktionellen Behandlung begonnen werden kann. Sie ist ausserdem notwendig bei den Patellar- und intraartikulären Olekranonbrüchen, bei den schwer reponierbaren Gelenkfrakturen, bei den Schaftbrüchen mit einem Hindernis für die Richtigstellung. Die Naht soll erst in der zweiten Woche vorgenommen werden. In anderen Fällen ist die Bolzung mit frischem periostbekleidetem Knochen zu empfehlen (Fibula). Die funktionelle Behandlung wird dann durch einen abnehmbaren Gipsverband oder Streckverband ermöglicht.

Der abnehmbare Gips- oder Schienenverband kommt bei den diaphysären und suprakondylären Unterschenkelbrüchen in Betracht. Er ist zweckmässig wattiert und soll schon am 4. Tage zu Massage und Bewegungsübungen abgenommen werden.

Der Extensionsverband (Segeltuchheftpflaster) kommt bei Oberschenkel- und Oberarmbrüchen zur Anwendung, ferner bei den mehrfachen Frakturen; die Volkmannsche Schiene ist dabei überflüssig. Der Steinmannsche durch den Knochen geschlagene Nagel erleichtert die funktionelle Behandlung. Ferner hat L. namentlich bei den typischen Radiusfrakturen und Malleolarbrüchen ein sehr erfolgreiches Verfahren angewandt: das Bandagieren in korrigierter Stellung mit Spielraum für ungefährliche Bewegungen. Z. B. wird die Hand in Flexions-, Abduktions- und Pronationsstellung mittels Flanellbinden bandagiert. Bei den Malleolarbrüchen benutzt er einen breiten Heftpflasterstreifen, der die Stellung korrigiert. 14 Tage nach dem Unfall treten die Patienten mit dem ganzen Fuss auf (ev. Plattfusseinlage). Dies Verfahren ist zweckmässiger als der Gipsverband und der Bardenheuersche Extensionsverband. **Ewald**-Hamburg.



66) **Preiser.** Aerztlicher Verein in Hamburg. 18. V. 1909.

Die praktische Bedeutung einer pathologischen Gelenkflächeninkongruenz.

Die Arthritis deformans soll streng von der Polyarthritis progressiva (Hoffa) geschieden werden. Sie tritt monartikulär in jedem Lebensalter auf, bildet im Spätstadium Randosteophyten und zeichnet sich namentlich dadurch aus, dass es nie zur Sudeckschen Knochenatrophie und fast nie zur Ankylose kommt. Charakteristisch sind fernerhin Kapselwucherung und Knorpeldegeneration, weiter die Krepitation, namentlich aber die Klagen des Patienten: nach der Ruhe Steifigkeit in der befallenen Extremität, Nachlassen der Beschwerden, wenn der Pat. „in Gang gekommen" ist. Wichtig ist eine Frühdiagnose, da man dann nicht nur die Beschwerden beseitigen, sondern auch einen Fortschritt des Leidens hemmen kann. Die Diagnose ist zu stellen mit Hilfe des Röntgenbildes, indem man eine Störung in der Stellung der einzelnen Gelenkteile zu einander erkennen kann. Diese pathologische Statik besteht oft mehrere Jahre und macht Beschwerden, die dann als Ischias oder Cruralisneuralgie (bei Malum coxae), als Rheumatismus, Gicht usw. gedeutet und lange Jahre vergeblich behandelt werden. Eine Besserung der Statik bessert auch das Leiden, um so vollkommener, je früher die ätiologische Behandlung einsetzt; denn völlige Heilung ist nicht mehr zu erwarten, wenn schon Osteophyten aufgetreten sind. P. hält die pathologische Gelenkflächeninkongruenz für die Ursache der Arthritis deformans (A. d. statica!).

Demonstration von einer grossen Anzahl Röntgenbilder von Hüfte, Knie, Fuss, Ellenbogen, Schulter. Die verschiedenen Stellungen der Hüftpfanne werden eingehend erörtert und die Möglichkeit einer Arthritis deformansbildung bei frontaler und lateraler Pfannenstellung dargetan (Teile der Kopffläche müssen ausser Kontakt mit der Pfanne treten). Viele Fälle von Lumbago werden sich auf eine Gelenkflächeninkongruenz des Ileosakralgelenks zurückführen lassen. Am Knie ragt bei statischem Missverhältnis der laterale Tibiakondylus frei unter dem Femurkondylus hervor. Preiser konnte in über 100 Fällen die durch das Missverhältnis sich ergebenden Beschwerden durch Plattfusseinlagen beseitigen resp. bessern. Hier am Knie kann man auch namentlich gut erkennen, wie durch Osteophytenbildung eine Art Selbstheilung des Körpers eintritt: die Inkongruenz wird ausgeglichen dadurch, dass sich Randwucherungen gegenüber den Stellen der seitlichen Hervorragung der anderen Gelenkkomponente bilden. So könnte also die Osteo-



phytenbildung als reparatorischer Vorgang aufgefasst werden. Am Ellenbogen kann man ein freies Hervorragen des Radiusköpfchens unter dem lateralen Humeruskopf konstatieren. Am Schultergelenk erkennt man eine Ausziehung der unteren Gelenkfläche des Humeruskopfes, manchmal auch eine Humerus varusbildung. Ob die Arthritis deformans schliesslich durch die Atrophie des ausser Kontakt geratenen Gelenkknorpels oder durch Synovialveränderungen infolge der Kapselverdrehungen eingeleitet wird, muss noch untersucht werden.

In der Diskussion spricht Lauenstein seine Zweifel an der Richtigkeit der Deutung der Inkongruenz im Röntgenbild aus. Es gibt statische Deformitäten ohne Arthritis deformans (z. B. genu valgum), ferner bei Ankylosenbildungen, nach Resektion, bei permanenter Spitzfussstellung. Auch aus der Acetabulumstellung ist nicht ohne weiteres die Arthritis deformans zu folgern. Bei Caput obstipum, sowie bei der Kyphoskoliose findet sich auch Inkongruenz der Gelenkflächen, ohne dass je Arthritis deformans die Folge ist. L. vermisst ferner eine Mitteilung über die Behandlung der Statik. Auch an einen Ausgleich der Inkongruenz durch die Osteophytenbildung glaubt er nicht, denn das wäre ja Besserung, die bei der Arthritis deformans nie beobachtet wird. Die Veränderungen am alten Plattfuss sind überhaupt keine Arthritis def. Bei der Hafenbevölkerung, die viel an erworbenem Plattfuss leidet, kommt Arthritis deformans an Knie und Hüfte fast nie vor. Die Inkongruenz ist zwar eine Tatsache, aber ein nebensächlicher Befund ohne ätiologische Bedeutung. Die Arthritis deformans entsteht durch eine spezifische Schädlichkeit, die den ganzen Gelenkapparat betrifft.

Böttcher rät, bei jeder Neuralgie, die in der Nähe eines Gelenkes sitzt, letzteres auf Arthritis deformans zu untersuchen. (Bei „Ischias" wird man dann oft Gelenkveränderungen finden.)

Kümmell bezweifelt, ob mit der Inkongruenz das Geheimnis der Arthritis deformans gelöst ist. Sie wird Teilerscheinung sein, aber keine Ursache. Man soll jedoch die Platten auf Inkongruenz prüfen und wird dann vielleicht auf dem von Preiser eingeschlagenen Wege weiterkommen.

Preiser hebt im Schlusswort die Schwierigkeit des erst im Anfang der ätiologischen Forschung stehenden Gebietes hervor. Einige Einwände von Lauenstein erledigen sich durch die strikte Trennung der idiopathischen (statischen) Arthritis deformans von der sekundären auf traumatischer oder infektiöser Basis. Dass die



Inkongruenz, also die veränderte Statik, ein ätiologischer Faktor sein muss, geht aus der Tatsache hervor, dass mit Besserung der Statik eine Besserung der Arthritis, ja ein Aufhören der Osteophytenbildung eintritt. Wenn die Chirurgen nach Operationen an den Gelenken oder nach Störung der statischen Einheit so wenig Arthritis deformans beobachtet haben, so liegt das einmal an dem Ausgleich der Statik in anderen Gelenken, dann aber auch daran, dass sie meistens nicht spät genug nachuntersucht haben. Sie sollten sich z. B. ihre Fälle von Meniskotomie ansehen, wo nach Jahren fast ausnahmslos eine Arthritis deformans zu konstatieren sei.

Ewald-Hamburg.

67) **Gottstein.** Breslauer chirurgische Gesellschaft. 8. III. 09.

Münch. med. Wochenschr. 1909. Nr. 18.
Berl. klin. Wochenschr. 1909. Nr. 15.

2 Fälle von Försterscher Operation bei spastischen Lähmungen.

1. Ein 23jähriger Mann hatte infolge Hirnhautentzündung im 15. Lebensjahr eine spastische Lähmung beider Beine und des linken Arms zurückbehalten. Es wurden nach Förster die 2., 3. und 5. hinteren Lumbalwurzeln und die 2. hintere Sakralwurzel durchtrennt. Die Spasmen waren sofort nach der Operation verschwunden. Die Muskel- und Gelenkkontrakturen mussten einer ausgedehnten orthopädischen Behandlung unterzogen werden.

2. Ein 19jähriges Mädchen war vor 15 Jahren an spastischer Lähmung der Beine und epileptischen Krämpfen erkrankt. Einzeitige Förstersche Operation, worauf die Spasmen sofort beseitigt waren. Doch trat einige Tage später Lähmung beider Beine auf. Die Zerebrospinalflüssigkeit ergab positive Wassermannsche Reaktion. Also mussten die Beinlähmung und die Krämpfe auf Lues bezogen werden, wofür auch der Erfolg der spezifischen Behandlung spricht.

Ludloff, der den ersten Patienten vor der Operation gesehen hat, ist erstaunt über das ausgezeichnete Resultat.

Drehmann betont, dass die orthopädische Behandlung in vielen Fällen gutes leiste. Erst, wenn kein Erfolg erzielt wird, soll man die Förstersche Operation machen.

Küttner hat die Operation fünfmal bei Kindern mit Littlescher Krankheit ausgeführt (zweizeitig). Die Spasmen waren stets nach der Wurzeldurchschneidung sofort verschwunden. Wichtig ist eine sorgfältige Nachbehandlung (Tenotomien, Redressions-



verbände). Die rein orthopädischen Massnahmen hatten in einem der operierten Fälle vorher völlig versagt.

Tietze hat 6 mal operiert, 3 mal bei Kindern, 3 mal bei Erwachsenen; bei letzteren 2 Todesfälle (1 Decubitus, 1 Shock) T. empfiehlt daher die zweizeitige Operation.

Förster erwidert Drehmann, dass seine Wurzeldurchschneidung überhaupt nur für die schweren Fälle in Betracht komme. Seine Operation will den Reflexbogen, die Quelle der Beugekontrakturen schwächen resp. ausschalten. Bei einfacher Tenotomie und Myotomie kehrt in schweren Fällen die Kontraktur wieder, sobald die Sehnen und Muskeln zusammengewachsen sind. Er hat auch schon bei der alten Behandlung der Spasmen Kontraktur der Antagonisten auftreten sehen. **Ewald**-Hamburg.

68) **Gretschel.** Breslauer chirurgische Gesellschaft. 8. II. 1909.

Berl. klin. Wochenschr. 1909, 10, p. 470.

Zwei Fälle von Nervennaht.

1. Einem 9 jährigen Jungen waren durch einen Schnitt am Handgelenk sämtliche Beugesehnen sowie Nerven durchtrennt worden. Sofortige Naht, Heilung p. p. i. Nach ca. 6 Monaten völlige Wiederkehr der Sensibilität und der aktiven Beweglichkeit der Hand und der Finger. Nur die Spreizung einzelner Finger (interossei) ist noch unvollkommen.

2. Einem 34 jährigen Gastwirt wurde durch Glasscherben, die dicht unterhalb des Gesässes in den rechten Oberschenkel eindrangen, der glutäus maximus teilweise, der biceps femoris und der nerv. ischiadicus völlig durchschnitten. Lähmung und Anästhesie, Muskel- und Nervennaht sofort vorgenommen. Wundheilung ohne Komplikation. Noch 1¼ Jahr nach der Verletzung wird Sensibilitätsstörung und völlige Bewegungslosigkeit der vom ischiadicus versorgten Muskeln (keine elektrische Reaktion!) festgestellt. Heute — nach über 4 Jahren — kann das Knie kräftig gebeugt, die Wadenmuskulatur spontan kontrahiert, der Fuss proniert und etwas dorsalflektiert werden. Weitere Besserung ist gut möglich.

Ewald-Hamburg.

69) **Wrede.** Verein für wissenschaftl. Heilkunde in Königsberg i. Pr. 22. II. 1909.

Berl. klin. Woch. 1909. Nr. 10. p. 471.

Nervennaht.

Bei dem 27 jährigen Patienten wurde 7 Wochen nach einer Messerstichverletzung am Oberarm der nervus ulnaris direkt ver-



einigt, das proximale Ende des vollständig durchtrennten Nerv. cutaneus antibr. med. wurde in den Nervus ulnaris hineingenäht. Die retrahierten Enden des nerv. medianus wurden bis auf 4 cm genähert und in ein Stück der Vena saphena geschient. Jetzt, nach 2 Jahren, fühlt der Mann Berührungen im Gebiet des nerv. cutaneus antibr. med. in den Fingerspitzen, der Flexor carpi uln. kontrahiert sich wieder, unsicher ist die Funktion des Adductor pollicis. Auch die Funktion des flexor dig. prof. ist zurückgekehrt. Weitere Besserung im Medianusgebiet ist zu erwarten.

Ewald-Hamburg.

70) **Seifert.** Gesellschaft für Natur und Heilkunde in Dresden. 20. II. 1909.

Münch. med. Wochenschr. 1909, Nr. 23. p. 1205.

Ein Fall von Kompressionsmyelitis nach Atlasverschiebung.

Fünf Monate nach Auftreten der Spondylitiserscheinungen am Halse bildeten sich bei dem 12 jährigen Mädchen spastische Lähmungen an allen Extremitäten, Harnträufeln, Sensibilitätsstörungen heraus. Der Zustand besserte sich allmählich nach Extensionsbehandlung; nach 2 Jahren bestehen noch nervöse Anomalien, doch ist starke Kallusbildung an der Halswirbelsäule zu konstatieren. Im Röntgenbild bemerkt man starke Verschiebung des Atlas nach vorn.

Plettner hält den Fall für eine typische Karies. Er rät zur Extension und widerrät die Operation (Fistelgefahr!)

Ewald-Hamburg.

71) **Samter.** Verein für wissenschaftl. Heilkunde in Königsberg i. Pr. 22. II. 09.

Berl. klin. Woch. 1909. Nr. 10, p. 472.

Bei einer schweren Spondylitis tuberkulosa hatte sich nach 6 Wochen langer Rückenlage eine Lähmung beider Beine eingestellt. Die Laminektomie blieb erfolglos. Das Röntgenbild zeigte einen Abszess im hinteren Mediastinum. Entleerung des Eiters durch die vordere Transversektomie. Rückgang der Lähmung. S. weist auf den häufigen Zusammenhang zwischen Abszess und Lähmung hin.

Ewald-Hamburg.

72) **R. Levy.** Schlesische Gesellschaft für vaterländische Kultur in Breslau. 5. III. 09.

Berl. klin. Woch. 1909. Nr. 12, p. 572.

L. demonstriert 2 Patienten mit ankylosierender Wirbel-



säulen- bezw. Hüftgelenksentzündung. Bei einem 53jährigen Mann war eine teilweise Versteifung der Hüfte mit heftigen Neuralgien im Ischiadicusgebiet und starke Atrophie der Gesäss- und Oberschenkelmuskulatur zu konstatieren. Das Röntgenbild ergab deformierende Prozesse am Hüftgelenk und an der Lendenwirbelsäule (starke, schnabelartige Wucherungen am Rande der Wirbelkörper), ohne dass die Bewegungen der Wirbelsäule erheblich beschränkt waren. — Bei dem 2. 50jährigen Patienten war die Lenden- und untere Brustwirbelsäule ganz steif. Das Röntgenbild zeigte nur wenige und kleine Randwucherungen an den Wirbelkörpern, dagegen waren die kleinen Gelenke der Wirbelsäule sichtlich alteriert. Der Sitz der ankylosierenden Wirbelsäulenentzündung ist in den Veränderungen der kleinen Gelenke zu suchen. Eine Trennung der Typen Bechterew und Pierre-Marie-Strümpell scheint nicht durchführbar.

Ewald-Hamburg.

73) **Zülzer.** Berliner medizinische Gesellschaft. 10. III. 1909.
Berl. klin. Woch. 1909. Nr. 13, p. 607.

Fall von traumatischer Rückenmuskel- resp. Fascienzerreissung.

Der Patient, der auf den Rücken gefallen war, hat Schmerzen im Rücken, kann sich nicht ordentlich bücken und hat Funktionsstörungen im Arm. Auf der Höhe des Exspiriums zeigt sich über dem latissimus dorsi unterhalb des angulus scapulae eine Geschwulst, und zwar auf beiden Seiten (auch bei faradischer Reizung des Serratus inf. darzustellen). Es handelt sich um einen doppelseitigen Fascienriss und eine Muskelhernie des serratus inf.

E. Israel hält den Fall für keine seltene Verletzung, sondern für eine schwere Simulation.

Ewald - Hamburg.

74) **v. Malaisé.** Aerztl. Verein München. 11. XI. 1908.
Münch. med. Woch. 1909. Nr. 12, p. 633.

Zwei Fälle von Halsrippe. 1. 50jähr. Offizier, Lähmung der Mm. ext. ind. prop., ext. digit. comm., vage Schmerzen im Arm. Im Röntgenbild starke Halsrippe mit ausgesprochener Krümmung nach unten und vorn und einer nach der betreffenden Seite konvexen Skoliose. Für das Auftreten der Symptome werden senile Veränderungen an der Wirbelsäule verantwortlich gemacht. Im 2. Fall (17jähr. Bäcker) Anaesthesie in den linken 3 obersten Zervikalsegmenten. Trotz Halsrippe hält v. M. eine Gliose des linken Hinterhorns des obersten Zervikalabschnitts als Grund der sensiblen Ausfallserscheinungen für wahrscheinlicher.

Ewald - Hamburg.



75) **F. Kammerer.** Chirurgische Gesellschaft in New-York. 28. X. 1908.
Revue de chir. 1909. Nr. 3.

Riss des plexus brachialis.

Ein 30jähriger Mann fiel vom Rad auf linke Schulter und Ellenbogen. Letzterer war verrenkt und konnte sofort reponiert werden. Doch bestand vier Monate später noch völlige motorische Lähmung der linken oberen Extremität, ja auch der linken Gesichtshälfte. K. hat die Absicht, den zerrissenen Nervenplexus wieder zusammenzunähen.

Blake bemerkt in der Diskussion, dass er in einem ähnlichen Fall operativ vorgegangen sei, dass er aber die Nervenstümpfe derartig im Narbengewebe eingebettet fand, dass er eine Nervennaht nicht vornehmen konnte.

In einem Fall, von dem Fisk berichtet, war neben dem Plexus auch die Art. axillaris verletzt worden, so dass Gangrän des ganzen Armes eintrat. (Exartikulation an der Schulter.)

Ewald-Hamburg.

76) **Klasske.** Gesellschaft der Charité-Aerzte. 2. II. 09.
Berl. klin. Woch. 1909. Nr. 12, p. 565.

Zur Kasuistik der Fremdkörper im menschlichen Organismus.

In einem Rentenstreitverfahren wurde bei einem 37jährigen Mann ein Tumor oberhalb des linken Ellenbogengelenks festgestellt, der schon viele Jahre vorhanden gewesen sein soll, ohne dem Mann, der sogar Soldat war, Beschwerden zu machen. Das Röntgenbild ergab eine abgebrochene Messerklinge, in z. T. verkalktem Bindegewebe eingebettet. Der Mann erinnert sich nicht, je einen Messerstich erhalten zu haben.

In der Diskussion erwähnt zur Verth den Fall einer Frau, die jahrelang wegen chronischer Osteomyelitis eines Schulterblatts mit Fistelbildung behandelt worden war, und bei der ebenfalls nahe der Schulterblattgräte eine Messerklinge gefunden wurde.

Ewald-Hamburg.

77) **Drehmann.** Breslauer chirurgische Gesellschaft. 8. II. 1909.
Berl. klin. Woch. 1909. Nr. 10, p. 467.

D. demonstriert die Röntgenbilder eines Falls von Fraktur beider Vorderarmknochen. Sie zeigen, dass durch die volle Supinationstellung im Verband, wie es die Lehrbücher vorschreiben, eine starke Dislokation der Fragmente erzielt wird. Bei der Mittelstellung ist dies nicht der Fall. Ewald-Hamburg.



78) **Destot.** Société de médecine de Lyon.

Revue de chir. 1909. 3.

Über die Pro- und Supinationsbehinderung.

Diese Bewegungsstörung nach Vorderarmverletzung kommt dadurch zustande, dass die Frakturenden des Radius in fehlerhafter Stellung konsolidieren, (viel seltener verwächst Ulna und Radius an der Bruchstelle mit einander). Das obere Radiusende bleibt in Supination, das untere in Pronation, und so kommt es zur Verheilung. Eine Rotationsbehinderung, namentlich nach innen, wird auch öfter bei Neugeborenen beobachtet und dann die Diagnose auf Erbsche Lähmung gestellt. Häufig ergibt dann das Röntgenbild einen Humerusbruch am Collum anatomicum, wo die Fragmente in Innenrotationsstellung angeheilt sind. **Ewald** - Hamburg.

79) **E. W. Peterson.** Akademie der Medizin in New-York. 8. I. 1909.

Revue de chir. 1909. Nr. 5.

Ein 58jähriger Mann hatte sich beim Fall auf die Hand einen isolierten Bruch des os capitatum zugezogen. — Röntgenbild. — Völlige Wiederherstellung. **Ewald** - Hamburg.

80) **A. Schlesinger.** Berliner mediz. Gesellschaft. 10. III. 1909.

Berl. klin. Woch. 1909. Nr. 13, p. 606.

Ueber Fingerbeugekontrakturen.

S. hat bei Kontrakturen nach Traumen oder Phlegmonen, die eine Verwachsung der Hautnarbe mit der Beugesehne zur Folge hatten, die Hautnarbe von den Sehnen abpräpariert und einen gestielten Hautlappen vom Unterarm der gesunden Seite über die frei präparierte Sehne gelegt und eingenäht. Der überpflanzte Lappen passt sich dem Niveau der Fingerhaut viel schneller und besser an als Lappen aus Brust oder Oberschenkel. Nach 6—7 Tagen Durchtrennung des Stiels, nach weiteren 8—14 Tagen Bäder, Massage, Uebungen. Resultate sehr gut. **Ewald** - Hamburg.

81) **Muskat.** Berliner medizinische Gesellschaft. 10. III. 1909.

Berl. klin. Woch. 1909. Nr. 13, p. 606.

Abriss der Streckaponeurose des kleinen Fingers.

Die Verletzung entstand ohne grössere Gewalteinwirkung beim Frottieren. Behandlung operativ oder konservativ. In dem demonstrierten Fall hat M. einen kleinen Apparat gemacht, der das Endglied des Fingers in Streckstellung hält. **Ewald** - Hamburg.



82) **Haudek.** K. K. Gesellschaft der Aerzte Wiens. 26. III. 09.

Berl. klin. Woch. 1909, Nr. 15, p. 713.

H. zeigt einen jungen Mann, der vor 4 Monaten auf die Hüfte gefallen war und sich eine Luxatio femoris centralis zugezogen hatte. 4 cm Verkürzung, Abstand des Trochanter von der Symphyse um 2 cm verkürzt. Das Röntgenbild ergibt, dass der Schenkelkopf in das Becken hineingetrieben und zerstört wurde. Der Schenkelhals hat sich eine neue Pfanne gebildet; Darmbein und absteigender Schambeinast erscheinen frakturiert.

Ewald - Hamburg.

83) **Dossmar.** Hufelandsche Gesellschaft. 11. III. 09.

Berl. klin. Woch. 1909. Nr. 13. p. 616.

Die schnappende Hüfte entsteht durch Hinübergleiten des Maisiatschen Streifens über den Trochanter major nach vorn. Vorbedingung ist Erschlaffung des musc. glutaeus max. (funktionelle Lähmung bei Hysterie oder Uebermüdung). Ther.: Massage oder Befestigung des Maisiatschen Streifens in der Femurrinne hinter dem Trochanter. Die vorgestellte Patientin ist operiert worden.

Ewald - Hamburg.

84) **Schwenk.** Breslauer chirurgische Gesellschaft. 8. III. 09.

Berl. klin. Woch. 1909. Nr. 15, p. 712.

Zwei Fälle von Totalluxation des Kniegelenks.

1. Eine alte Luxatio genu anterior, die auf indirektem Wege zustande gekommen war. Pat. konnte hinkend umhergehen. Als Komplikation eine Lähmung des nerv. peroneus. Ther.: Hessingapparat.

2. Eine Luxatio genu posterior, die durch direkte Gewalteinwirkung entstanden war und in Narkose bis auf eine leichte Kapseleinklemmung vollständig reponiert wurde. Pat. läuft ohne Beschwerden und hat vollkommen freie Beweglichkeit im Knie. Da Neigung zur Subluxation und leichtes genu valgum traumaticum, bekommt Pat. einen Schienenhülsenapparat mit Kniescharnier nach Vogel.

Ewald-Hamburg.

85) **Kirste.** Nürnberger medizinische Gesellschaft und Poliklinik. 4. II. 1909.

Münch. med. Woch. 1909. Nr. 23, p. 1210.

K. stellt einen Patienten vor, dem dreimal in mehrmonatigen Zwischenräumen die Patella frakturierte (einmal



Heftpflasterbehandlung, zweimal Naht mit Bronzedraht. Nach 6 bis 8 Wochen immer wieder arbeitsfähig). K. gibt der blutigen Vereinigung mit baldiger Massage und Uebungen den Vorzug.

Ein anderer Patient hatte vor 20 Jahren die Patella gebrochen und zeigt sehr geringe Funktionsstörungen, trotzdem die Bruchstücke 25 cm von einander entfernt sind.

Ewald - Hamburg.

86) **Samter.** Verein für wissenschaftl. Heilkunde in Königsberg i. Pr. 22. II. 1909.

Berl. klin. Woch. 1909. Nr. 10, p. 472.

Die Amputation nach Gritti hat S. in 36 Fällen angewandt (7 Todesfälle). Er hält sie auch bei der Gangräna senilis für sehr zweckmässig (15 Fälle, 4 gestorben). Bei der Nachuntersuchung von 15 Fällen ergab sich nur 2 Mal, dass die Patella nicht fest mit dem Femur verwachsen war. **Ewald**-Hamburg.

87) **Scharff.** Gesellschaft der Charité-Aerzte in Berlin. 11. II. 1909

Berl. klin. Woch. 1909. Nr. 13, p. 609.

Ueber kongenitalen Fibuladefekt.

Aetiologisch wird meist ein räumliches Missverhältnis zwischen Amnion und Embryo angenommen. 6 Fälle aus der orthopädischen Universitätsklinik.

1. 40jähriger Mann, Fibula fehlt völlig, Kalkaneus hat einen anormalen Fortsatz, der aber nicht als rudimentärer Malleolus ext. zu deuten ist. Spitzfuss — Plattfuss. 10 cm Verkürzung. Gang gut im zweckmässigen Schnürstiefel mit erhöhter Sohle.

2. 1½ jähriges Kind, Verkürzung des Unterschenkels von 6 cm, Verkrümmung der Tibia, pes equino-valgus. Es fehlen zwei Zehen mit ihren Mittelfussknochen, ferner einige Fusswurzelknochen und die ganze Fibula. Ther.: Schnürstiefel mit Verstärkungsschiene und erhöhter Korksohle.

Auch in den 4 anderen Fällen war der Unterschenkel stark verkürzt, die Tibia meist abgeknickt mit einer narbenähnlichen Einziehung der Haut über dem Scheitel der Knickung. Die Fibula fehlte völlig, der Fuss stand in Spitzfuss-, meist zugleich in Valgusstellung. Häufig fanden sich auch noch Zehendefekte und Syndaktylien. Zweimal fand sich ein Metatarsus varus. Die Patella war in allen Fällen vorhanden. — Keine Heredität. In 4 Fällen aber narbige Einziehungen an der Knickungsstelle der Tibia (Folge



von amniotischer Verwachsung). Die operative Behandlung hat nach der Literatur keine guten Resultate ergeben, weshalb man sich auf rein orthopädische Massnahmen beschränken soll.

Ewald-Hamburg.

88) **Plagemann.** Aerztlicher Verein Rostock. 8. V. 1909.
Münch. med. Woch. 1909. Nr. 23, p. 1211.

Das Krankheitsbild der Kalkaneodynie.

P. fand unter 255 Röntgenbildern von Fusswurzeln in ca. 10% eine deutliche Exostose am Proc. med. oder lat. Calcanei. Von 100 dienstfähigen Soldaten konnte bei dreien der Sporn nachgewiesen werden, der jedoch keine Beschwerden machte. Während diese symptomlose Exostose sich auf dem Röntgenbilde als scharf begrenzter kleiner Schatten darstellt, wo Spongiosa und Kortikalis scharf zu unterscheiden sind, findet man in den Fällen von ausgesprochener Kalkaneodynie eine grössere unregelmässige unscharfe Verdickung mit Knochen-Ausstrahlungen in die Plantarfascie. Aetiologisch macht P. die Influenza, Gelenkrheumatismus, Gonorrhoe und Trauma verantwortlich. Therapie: federnde Einlagen mit Entlastung der schmerzhaften Stelle. Hilft dies nicht, dann operative Entfernung des Sporns, was gute Resultate zu ergeben scheint.

Ewald-Hamburg.

Personalnachricht.

Dr. M. Tobiásek hat sich als Privatdozent für Orthopädie an der tschech. med. Fakultät in Prag habilitiert.

Berichtigung.

Zu dem Schlusssatz der Besprechung über Missbildung u. Heredität (Bd. III, Heft 8 des Zentralbl.): „Er streift dabei auch die Frage des sog. Zellgedächtnisses und des Versehens, ohne sich bestimmt pro oder contra zu entschliessen, möchte ich auf das Original verweisen. pag. 57 „ob nun die Mneme in meinem Fall auch als mitwirkend angesehen werden darf, ist sehr zweifelhaft." pag. 59 „Wenn je die Mneme allein Veränderungen erzeugen könnte, so wäre wohl das 2. Kind der Gefahr am meisten ausgesetzt gewesen." pag. 65 „Bei den Fällen von hereditärer Missbildung könnte sowohl im Ei als im Sperma die Ursache späterer Missbildung schlummern." pag. 67 zit. Ernst: „Ganz unhaltbar aber erscheint diese Lehre des Versehens, wenn wir bedenken, dass wir genau dieselben Missbildungen auch bei den Tieren antreffen." pag. 68 „Für die zitierten Fälle von familiären Missbildungen muss auf die Vererbungstheorie zurückgegriffen werden."

Ich möchte also die Veröffentlichung als gegen die Lehre des Versehens und der Mneme gerichtet aufgefasst wissen.

Dr. **Brandenberg,** Winterthur.



Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. Dr. **O. Vulpius** in Heidelberg, Luisenstr. 1—3, oder an die Verlagsbuchhandlung **S. Karger** in Berlin NW 6, Karlstr. 15, einsenden.



Zentralblatt
für
Chirurgische und mechanische Orthopädie
einschliesslich der gesamten Heilgymnastik und Massage.

Redigiert von
Prof. Dr. O. Vulpius
in Heidelberg.

Verlag von
S. Karger in Berlin
NW., Karlstrasse 15.

Monatlich erscheint ein Heft im Umfang von 48 Seiten. Preis des Jahrgangs Mk. 15,—. Zu beziehen durch die Post und durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes.

Bd. III. November 1909. Heft 11.

(Aus der orthopäd.-chirurgischen Klinik des „Istituto dei Rachitici in Mailand“.
Direktor Prof. Dr. R. Galeazzi.)

Einfaches Verfahren zur Behandlung der rachitischen Extremitätenverkrümmungen bei älteren Kindern und Halbwüchsigen.

Von

A. ANZOLETTI,
Assistenten der Anstalt.

Das Verfahren ist auf jener Atrophie begründet, welche um so rascher eintritt und um so tiefer greift, je länger und vollständiger die Inaktivität der Gliedmassen ist. Sie verwandelt somit in ein wohltätiges Behandlungsmittel, was sonst die schädliche aber unvermeidliche Folge lange währender Immobilisierungen bildet.

Von der Hüfte bis zu den Zehen hinunter — es handelt sich ja gewöhnlich nur um die unteren Gliedmassen — wird zunächst ein Gipsverband angelegt, der, fast jeder Unterpolsterung entbehrend, aufs getreueste jeder Krümmung und jedem Relief der deformierten Extremität folgt.

Vier — bei älteren Kindern sechs — Wochen später wird der Verband abgenommen. Die Muskelmassen werden abgemagert, schlaff und aufgelockert vorgefunden; die weich gewordenen Knochen lassen sich, ähnlich wie Blei, durch einfache manuelle Kraft durchbiegen. Indem man von unten nach oben hin fortschreitet, kann

man nun der Reihe nach die vorhandenen Knochenkrümmungen vereinzelt beheben.

Die Korrektur, welche einzig und allein in den Bereich der diaphysären Abschnitte des Gliedes fallen darf, ist leicht zu bewerkstelligen. Manches Hindernis setzen bei Kindern, welche das 10. Lebensjahr bereits überschritten, die paraepiphysären Deviationen des Unterschenkels, wegen der Anwesenheit von zwei Knochen und der oft enormen Abplattung der Schienbeindiaphyse entgegen. Es lässt sich jedoch auch diese Schwierigkeit leicht überwinden, wenn man mit zeitlich getrennten Eingriffen, gleichsam auf 3 Tempi, den einzelnen Komponenten der Deformität zu Leibe geht, indem man nämlich die Knochen zunächst nach der Fläche, sodann nach der Kante geradebiegt und schliesslich die Torsion behebt. Durch die auf solche Weise erzielte Fraktionierung der Widerstände gewinnt man den Vorteil, dass in jedem der vorhergehenden Tempi ein guter Teil der Hindernisse schon überwunden wurde, welchen man sonst im letzten Tempo begegnet wäre.

Die erzielte Korrektur wird im Gipsverband fixiert. Die Nachbehandlung erfolgt wie bei den üblichen unblutigen Redressement-Methoden.

Das Verfahren steht in Bezug auf Schnelligkeit des Heilerfolges den am raschesten zum Ziele führenden anderweitigen Methoden nicht nach. Unblutig und ohne technische Schwierigkeiten ist es trotz vielfacher Forcierungen durchaus nicht traumatisierend. Es ist nicht schmerzhaft, erfordert keine Narkose und erweist sich aus diesen Gründen als eine exquisit ambulatorische Methode. Die Korrekturen sind ohne Einschränkung der Anzahl ebenso viele als die vorhandenen pathologischen Krümmungen, und werden entlang den diaphysären Abschnitten scharf dorthin lokalisiert, wo sie am rationellsten hingehören, was die grösste Schonung sämtlicher der Gelenkbewegung und dem Wachstum dienenden Einrichtungen sichert.

Die Methode erzielt die ideale Geraderichtung, indem sie die Extremität von Verkrümmung zu Verkrümmung entwickelt. Sie ermöglicht selbst bei doppelknochigen Gliedsegmenten eine vollständige Detorsion, ohne die Gefahren heraufzubeschwören, welche in schwereren Fällen bei Anwendung der Osteoklasie und der Osteotomie stets riskiert werden, ganz besonders durch die allzuleicht eintretende Dislokation der Knochenstümpfe und die sich daraus ergebenden Uebelstände: Verkürzung der ohnehin verkürzten Ex-



tremität, ja eventuell periphere Kreislaufstörungen und Lähmungserscheinungen sowie deforme Kalluswucherungen oder Pseudarthrosenbildung.

Stifthalter für senkrechte Projektion.

Von

Privatdozent Dr. H. von BAEYER,

München.

An den Arzt, besonders den Orthopäden, tritt häufig die Notwendigkeit heran, einen Körperteil in seinen Konturen auf einem Blatt Papier zu fixieren, denn es gibt Biegungen, die sich nicht durch Winkelmessungen bestimmen lassen. Man verwandte für diesen Zweck gewöhnlich einen einfachen Bleistift, der möglichst senkrecht zur Zeichenunterlage gehalten wurde, machte dabei aber immer und immer wieder die Erfahrung, dass der betreffende Körperteil nur sehr ungenau auf das Papier projiziert wird, weil der Stift nicht immer ganz senkrecht zur Unterlage gehalten wird. Bei der Projektion einer Hand z. B. sind die Fehler meist nur gering, bei der Projektion eines Beines oft recht beträchtlich.

Um nun diese Fehler wenigstens einigermassen zu vermeiden, schlage ich für senkrechte Projektion folgenden Stifthalter vor, bei dem die Spitze des Bleistiftes stets senkrecht unter der Kontur liegt.

Wie aus der Figur I ersichtlich, besteht der Halter des Stiftes aus einem länglichen Stück Holz, dessen untere Fläche genau senkrecht zur Längsachse des Holzes gerichtet ist. Dort wo Seiten- und Unterfläche des Holzes sich schneiden, endigt eine schräge Durchbohrung des Holzes, die zur Aufnahme eines Bleistiftes dient, dessen Spitze genau in der Verlängerung der Seitenfläche des Holzes an ihrem unteren Ende liegen muss. Damit die Bleistiftspitze während des Gebrauches des Halters ununterbrochen schreibt, wird der Stift durch eine Spiralfeder nach unten gedrückt. Dreht man den am oberen Ende des Bleistiftes befestigten Quersplint in der Spiralfeder abwärts, so wird diese gespannt und die Bleistiftspitze stärker auf das Papier gedrückt. Ferner kann man infolge dieser Anordnung Bleistifte verschiedenster Länge benutzen.

Würde man mit dem beschriebenen Instrumente die Konturen eines aufgesetzten Fusses projizieren wollen, so würde man oft ein falsches Abbild erhalten, weil wegen der Länge des Halters der



innere meist vorspringende Knöchel mit in die Projektion aufgenommen würde. Um diesen Fehler zu vermeiden, nimmt man wie auf Figur II zu sehen ist, den oberen Teil des Halters ab,

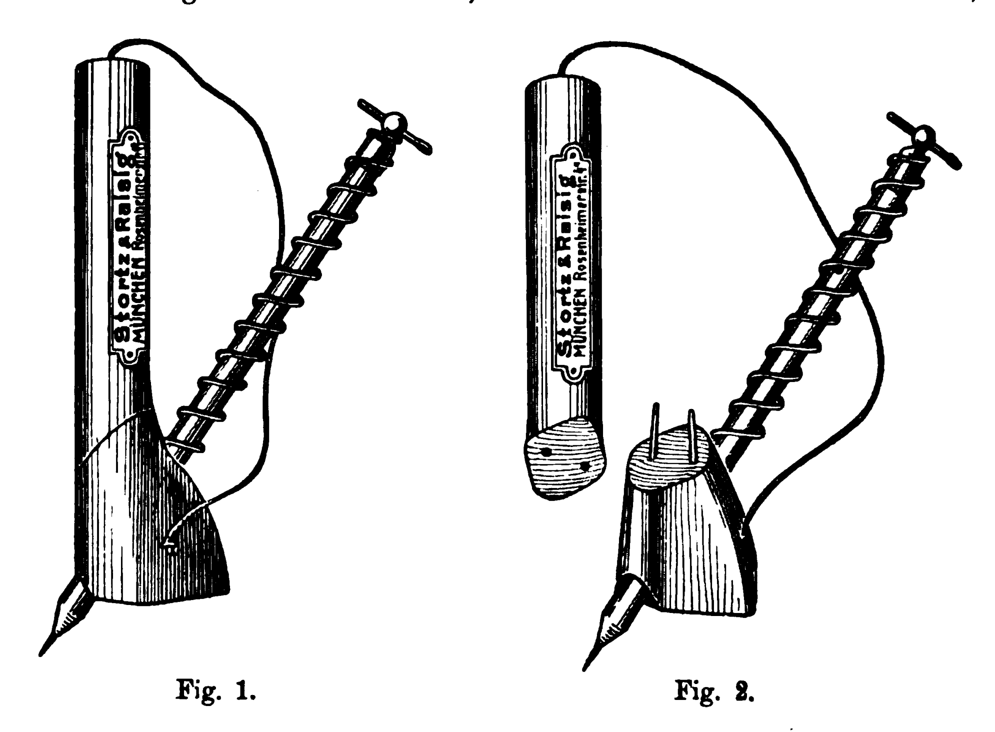


Fig. 1. Fig. 2.

und kann nun unter dem Knöchel hindurchgehen. Beim Gebrauch des Halters hat man darauf zu achten, dass die Unterfläche desselben dem Papier völlig aufliegt.

Der Stifthalter für senkrechte Projektion ist erhältlich bei Stortz & Raisig, München, Rosenheimerstrasse 4 a.

Hochenegg. Lehrbuch der speziellen Chirurgie f. Studierende und Ärzte.

Zwei Bände mit 1075 Abbildungen und 14 Tafeln. Berlin und Wien 1909. Urban u. Schwarzenburg. Preis 45 Mk.

Wenn auch das altbekannte Lehrbuch von weil. Prof. Albert als Grundlage des Werkes gedacht und gewählt worden ist, so handelt es sich doch um einen völligen Neubau von stattlichem Umfang nicht nur, sondern auch gediegenster Ausführung, an welchem eine ganze Schar von Albertschen Schülern gearbeitet haben. Die den Orthopäden besonders interessierenden Kapitel sind meistenteils von A. Lorenz und Reiner verfasst.

Der Reichtum an neuen Illustrationen wie die vorzügliche Ausstattung werden gewiss dazu beitragen, dem dergestalt verjüngten Lehrbuch weiteste Verbreitung zu verschaffen.

Vulpius-Heidelberg.

H. A. Laan (Utrecht.) Die Krankenpflege in der Chirurgie.

Einzig autorisierte Übersetzung aus dem Holländischen ins Deutsche von A. Caan, mit einem Vorwort von Prof. Schlossmann, Düsseldorf. Mit 327 Abb. Leipzig 1909. F. C. W. Vogel. Preis 10 Mk.

Das Buch ist in vorzüglicher Weise geeignet, den theoretischen und praktischen Schwesternunterricht zu ergänzen.

Es werden besprochen: die Lehre von den Wunden, von der Infektion, Desinfektion und Wundbehandlung, die Aufgabe der Operationsschwester, der Krankensaalschwester, der Gemeindeschwester und Privatpflegerin.

Möchte die Zahl gebildeter Schwestern, denen das Buch von grossem Nutzen sein wird, sich in Deutschland recht bald vermehren:

Dieser Wunsch gilt nicht sowohl der baldigen Neuauflage des Buches, um welches sich Verfasser und Übersetzer gleich verdient gemacht haben, als vielmehr der zur Zeit herrschenden Schwesternkalamität.

Vulpius-Heidelberg.

Fritz Frohse und **Max Fränkel.** Die Muskeln des menschlichen Armes.

Mit 154 teilweise farbigen Abbildungen im Texte. Jena 1908, Gustav Fischer. Preis 24 Mark.

Das Werk, die Lieferung 15 des Handbuches der Anatomie, hat eine lange Geschichte, es ist erst nach 10 jähr. umfassenden Vorarbeiten erschienen. Die Entwicklung der Muskel-, Sehnen-, Nervenplastik macht das Buch auch für den Orthopäden ausserordentlich wertvoll. Er findet nicht nur eingehende Beschreibung und prächtige Abbildungen der Muskeln und Nerven, der Sehnen und ihrer Scheiden, sondern auch in Tabellen niedergelegte Untersuchungsergebnisse über Muskelgewichte und Muskelbündellänge. Die Orthopädie wird für eine analoge Darstellung der Muskeln des Beines gewiss äusserst dankbar sein und den beiden Bänden praktisch überaus wichtige Anregung und Belehrung entnehmen können und müssen.

Vulpius-Heidelberg.

C. Mauro-Greco (Palermo). L'adrenalina nel rachitismo.

Palermo 1908.

Nach Besprechung der toxischen Theorie des Rachitismus namentlich inbezug auf die mangelhafte Funktion einiger inner-

sekretorischen Organe (Schilddrüse, Thymus etc.) verweilt Verf. bei dem Einfluss der Nebennieren, wobei er sich speziell an die Versuche Stöltzners mit Rachitol, Cattaneos mit Paraganglin und der Analogie halber an diejenigen Bossis bei Osteomalacie etc. anlehnt. Er verwendete das Adrenalin, das er mit physiologischer Kochsalzlösung derartig verdünnte, dass jeder ccm $^1/_8$ oder $^1/_5$ mg Adrenalinchlorid enthielt. Von diesen Lösungen injizierte er 20—32 Tage lang täglich 1 ccm unter die Cutis, wobei die Kinder in den nämlichen Verhältnissen der Ernährung, Umgebung etc. wie vorher gelassen wurden. Er berichtet über neue klinische Beobachtungen, aus denen sich eine bedeutende Besserung des Allgemeinzustandes, Verschwinden der Magendarmstörungen und der Schmerzen, rasches und konstantes Zunehmen des Hämoglobingehaltes und des Blutkörperchenwertes sowie der Muskeltonicität und des Gehvermögens ergibt. Die Injektionen sind nicht schmerzhaft noch wurden Erscheinungen von Intoleranz oder lokaler Reizung beobachtet. Er glaubt, dass das Adrenalin nicht nur die Tonicität des Herz-Gefässapparates erhöht und die Tätigkeit des Nervensystems anregt, sondern auch einen wohltätigen Einfluss auf das Blut ausübt und zwar durch Reizung der Funktionstätigkeit der Nebennieren selbst, deren antitoxisches Vermögen es erhöhen soll.

Buccheri-Palermo.

Stein und Preiser (Hamburg). Bericht über die ersten sechs Jahre des Bestehens ihres orthopädischen Instituts.

Es wurden 2427 orthopädische Leiden und 1564 Unfallpatienten behandelt (Krukenberg'sche Pendel- und Schaukelapparate, Massage, Licht-, Heissluft-, Röntgen-, elektrische Behandlung). Auffallend ist in der Statistik der orthopädischen Leiden die grosse Zahl der Kontrakturen und Gelenksentzündungen (527), namentlich die gonorrhoischen Arthritiden; ferner die Zahl der Plattfüsse (917). Auffallend wenig dagegen kam die angeborene Hüftverrenkung (14) und der angeborene Klumpfuss (7 mal) zur Behandlung, weshalb an die praktischen Aerzte Hamburgs die Bitte gerichtet wird, die Bevölkerung aufzuklären, dass angeborene Klumpfüsse zu 100 %, die angeborene Hüftverrenkung zu 90 % geheilt werden kann, sofern die Kinder innerhalb der Altersgrenze in Behandlung kommen.

Von den 1564 Unfallpatienten hatten 631 Frakturen, 99 Luxationen, 352 Distorsionen und 482 Kontusionen. Aus einem Vergleich der Patienten, die im ersten Monat und die im zweiten Monat nach der Verletzung in Behandlung traten, ergibt sich der

alte Satz, dass die definitive Wiederherstellung um so schneller erfolgt, je frühzeitiger die medikomechanische Behandlung beginnt,

Die Behandlung frischer Knochenfrakturen geschieht nach funktionellen Prinzipien. Sobald wie möglich (gewöhnlich schon vom 5.—10. Tage an) werden die frakturierten Glieder bewegt. Bei Femurbrüchen kommt die Bardenheuersche Extension zur Anwendung, bei Unterschenkelbrüchen der Gehgipsverband (ev. abnehmbar). Warm empfohlen wird die Behandlung frischer Fersenbein- und Metatarsalfrakturen mit einfacher, für den Patienten besonders gefertigter Plattfusseinlage (bei Mittelfussbrüchen vom 5., bei Kalkaneusfrakturen vom 10.—14. Tage an).

Ewald-Hamburg.

L. Jankau. Taschenbuch für Chirurgen und Orthopäden. III. Auflage.

Eberswalde 1909. Max Gelsdorf.

Das Buch hat sich fast ums Doppelte vergrössert, es bietet in gedrängter Kürze multa et multum, darunter vieles dem Orthopäden Interessante und praktisch Wichtige. In bunter Reihenfolge sei davon Einiges erwähnt: Auftreten von Knochenkernen, Funktionen der Gelenke, Frakturen und Luxationen. Diagnose der Hüftgelenksverletzungen, Folgen bei Distorsionen, Diagnose des Psoasabszesses, Statistik der Deformitäten, der Karies, Knochen- und Gelenktuberkulose, Vielerlei aus der Unfallpraxis, Frakturverbände, Heilgymnastik, Krüppelfürsorge.

Ein so reichhaltiger Inhalt kann nicht durchweg gleiche Güte aufweisen, jedoch wer vieles bringt, wird manchem etwas bringen. Und in der Tat wird jeder Orthopäde mit Vorteil zu diesem kleinen Taschenbuch greifen.

Vulpius - Heidelberg.

E. F. Cyriax (London). Bibliographia Gymnastica Medica.

Wörishofen 1909.

Eine umfassende Literaturzusammenstellung bezüglich Gymnastik und Massage bis 1908 inkl., eingeteilt in Pädagogische, Militärische, Ästhetische und Medizinische (Heil-) Gymnastik. Letztere ist sehr übersichtlich gegliedert.

Das Ganze stellt eine Riesenarbeit dar.

Vulpius - Heidelberg.

P. Harrass (Hannover). Vorbereitung zum Arbeiten im Röntgenlaboratorium.

Mit 54 Abb. Stuttgart 1909. Ferd. Enke. Preis 3,60 Mk.

Das Buch ist aus den Vorträgen eines Röntgenkursus ent-



standen. Es will dem Anfänger ein Führer in das physikalische und technische Gebiet werden, soll also keineswegs die grösseren Handbücher ersetzen oder entbehrlich machen für den Spezialisten.

16 Vorlesungen füllen kaum mehr als 6 Druckbogen und geben bei aller Kürze doch ein anschauliches Übersichtsbild der Röntgenmaterie dank der ebenso knappen als klaren Darstellung, die uns in logischem Aufbau von den Grundbegriffen der Elektrizitätslehre zu den Einzelheiten des Röntgeninstrumentarium leitet.

Vulpius-Heidelberg.

Oberstabsarzt **J. Gillet** (Berlin). Die ambulatorische Röntgentechnik in Krieg und Frieden.

Mit 89 Abb. Stuttgart 1909. Ferd. Enke. Preis 4,40 Mk.

Verf. schreibt in erster Linie für den Sanitätsoffizier, dem er Anregung und Anleitung geben will für die ambulatorische Röntgenuntersuchung. Seine Darstellungen beziehen sich auf das Kriegsröntgeninstrumentarium, auf die Aufnahmetechnik und Behandlung der Platten im Feld.

Die Erfahrungen der letzten Kriege sind natürlich ausgiebig verwertet worden, aber auch der eigenen Improvisationstechnik des Verf. entstammen zahlreiche zweckmässig erscheinende Vorschläge.

Vulpius-Heidelberg.

Thiem. Handbuch der Unfallerkrankungen einschliesslich der Invalidenbegutachtung.

Zweite gänzlich umgearbeitete Auflage mit 89 Textbildern. Stuttgart 1909. Ferd. Enke.

Eine gewaltige Arbeit ist von dem Nestor der Unfallärzte und seinen Mitarbeitern Cramer, Kühne und Schmidt in Kottbus sowie Passow-Berlin geleistet worden, um unter dem alten Titel ein neues Werk zu schaffen. Vereinigung grosser praktischer Erfahrung und der riesigen Literatur hat das Handbuch schon in erster Auflage bekannt und geschätzt nicht nur, sondern unentbehrlich für jeden Arbeiter auf dem Gebiet der sozialen Gesetzgebung gemacht. Das Gleiche gilt in erhöhtem Masse natürlich für die 2. Auflage, deren erster Band heute vorliegt.

Vulpius-Heidelberg.

1) **T. Nakahara** (Würzburg). Heilungsvorgänge nach Durchschneidung des Intermediärknorpels bei Kaninchen.

Arch. f. Orthop., Mechanother. und Unfallchirurgie. 1909. Bd. VII, 2 und 3.

Die Versuche wurden an 6—8 Wochen alten Kaninchen vorgenommen und bestanden in aseptischer Durchschneidung der



Ossifikationszone der unteren Ulnaepiphysenlinie. Die Untersuchungen begannen zwei Tage nach der Operation. Zunächst fand N. Blut- und Wanderzellen, zugleich traumatische Degeneration diaphysenwärts an den Knochenbälkchen und am Intermediärknorpel selber. Bald traten Wucherungen vom Periost und vom Mark her auf, ferner auch von den subperichondralen Schichten des Intermediärknorpels. Schon am 6. Tage konnte man osteoide Ablagerungen auf den an den Defekt angrenzenden Knochenbälkchen konstatieren, die dadurch verlängert und verbreitert wurden. Diese osteoiden Ablagerungen sah man auch auf den Trümmern der zerstörten Knochen- und Knorpelsubstanz. Der Intermediärknorpel zeigte nach sechs Tagen namentlich degenerative Prozesse Vom Knochen der Epiphyse her findet etwas Auflösung des Knorpels durch eindringende Zellen statt, die vom Mark und Periost kommen. (Vaskularisation des Knorpels und Ausbildung einer neuen Ossifikationszone.) Um Reste des traumatisch zerstörten Knochens und Knorpels lagern sich Riesenzellen (Resorption). — 12 Tage nach der Operation ist der Kallus noch osteoid. Die knorpeligen Periostablagerungen ossifizieren nach vorhergehender Vaskularisation nach dem enchondralen Schema.

Die Gefässe und Zellen, die in den Intermediärknorpel eindringen, sind sehr unregelmässig, weshalb auch die Ossifikationszone höchst unregelmässig ist. Ebenso unregelmässig sind die Knorpel- und Osteoidwucherungen, die periostalen und perichondralen Knorpelablagerungen (Bild der Rachitis). — Nach 22 Tagen war schon eine Verkürzung und Verkrümmung der beiden Unterarmknochen zu konstatieren, die nach 40 Tagen noch viel deutlicher waren. Eine Kalluswucherung war nicht mehr zu sehen; die Knochen-Knorpelgrenze war tadellos, wie auf der gesunden Seite. — Nach 80 und 210 Tagen waren Verkürzung und Verkrümmung noch sehr deutlich. — Bei einem nach 360 Tagen getöteten Kaninchen war statt des Intermediärknorpels eine schmale Knochenleiste zu sehen; das Knochenwachstum hatte also aufgehört. Beide Ulnaepiphysen waren gleich lang. — Nach 510 Tagen war auch zwischen den Diaphysen kein Unterschied mehr zu finden. Zusammengefasst ergibt sich also folgendes Bild: Anfängliche Degeneration des Intermediärknorpels, dann Neubildung nach Resorption der zerstörten Teile, Zusammenstossen der beiden Wucherungsgebiete, Bildung von unregelmässigen Ossifikationszonen, die sich später ordnen, so dass annähernd wieder ein normales Bild entsteht. Die Störungen in der Ossifikation haben ein Zurückbleiben der verletzten Ulna im Längenwachstum zur Folge; während der Radius weiterwächst, kommt



es zu Verkrümmungen beider Unterarmknochen. Die Fälle, die die Verkrümmung und Verkürzung nicht zeigten, hatten wohl nicht eine so starke primäre Läsion. Ein Ausgleich der Deformität ist auch möglich durch Rückbildung des Kallus und Wiedergewinnung normaler Ossifikationsverhältnisse. Dann wird die Ulna wieder normal lang, und eine weitere Radiusverbiegung bleibt aus, ja die Deformität kann sich sogar — wie bei der Rachitis — zurückbilden.

Ewald - Hamburg.

2) **Alessandro Pennisi** (Rom). Sui distacchi traumatici epifisari.

(Annali del R. Istituto di Clinica chirurgica di Roma 1909.)

Verf. hat eine grosse Anzahl von Versuchen an Tieren ausgeführt, um festzustellen, an welcher genauen Stelle die Frakturlinie erfolgt, wann der Läsion mit Recht der Name „Ablösung“ zu geben ist, wie die Konsolidierung dieser besonderen Frakturen vor sich geht, und welchen Einfluss dieses Trauma auf das Wachstum des Knochens ausübt. **Buccheri** - Palermo.

3) **T. Nakahara u. A. Dilger.** „Subkutane und intramuskuläre Knochenneubildungen durch Injektion bezw. Implantation von Periostemulsion.“

Bruns Beiträge z. kl. Ch. 63. Bd. 1. H. p. 235.

Verff. teilen ihre Versuche mit Injektion bezw. Implantation von Periostemulsion, die in der chirurg. Klinik Heidelberg angestellt wurden, mit. Ausgegangen waren sie von der Idee, dass die Erfolge der Bier'schen Blutinjektion bei Pseudarthrosen durch Injektion von knochenbildender Substanz erhöht werden müssten. Die Fähigkeit des Periostes bei Transplantation Knochen zu bilden war durch frühere Versuche der verschiedensten Autoren bekannt. Die Einzelheiten der Versuchsanordnung sind im Original nachzulesen. Die Schlussfolgerungen aus den Versuchen sind: Periost in fein zerkleinertem Zustand in die Muskulatur oder subkutan injiciert zeigt starke Proliferation und Knochenbildung ebenso wie grössere transplantierte Periostlappen. Versuche mit einem Brei aus Knochen und umgebendem Gewebe, oder mit abgeschabten Osteoblasten waren erfolglos. Verff. fordern zum Schlusse zu weiterer Verfolgung dieser Versuche auf. **Balsch** - Heidelberg

4) **M. Matsuoka** (Kioto, Japan). Ein Beitrag zur Lehre von der idiopathischen Osteopsatyrosis.

Deutsche Zeitschr. für Chir. Bd. 98. 4—5. H.

Kasuistischer Beitrag mit ausführlicher Schilderung eines ein-



schlägigen Falles, bei dem innerhalb 2 Jahren 18 Frakturen an den langen Röhrenknochen auftraten. Infolge Dislokation der Fragmente kam es zu mannigfachen Deformitäten der Extremitäten (Coxa valga, Cubitus varus). Die Röntgenogramme zeigten neben deutlicher Atrophie der Knochen überflüssige Kallusbildung und strukturlose Schatten. Die Frage, ob es sich um periostale oder myelo-chondro-periostale Dysplasie handelt, lässt Verf. offen.

Balsch-Heidelberg.

5) **E. D. Schumacher.** „Der Mechanismus der Lochfrakturen."

Bruns Beiträge. Bd. 63. H. 1. p. 81.

Nach Präcisierung der physikal. Begriffe: Deformation, Druck, Stoss, erläutert Verf. die physikal. Vorgänge bei Durchschlagung (resp. Durchschiessung) verschiedener Körper. Er konnte feststellen, dass dieselben nach mechanisch-mathematischen Gesetzen ablaufen, und zwar bei allen festen Körpern in gleicher Weise nur durch die physikal. Eigenschaften des Körpers variieren. Die bekannte trichterförmige Erweiterung erfolgt in einer typischen Kurve, zunächst ein der Grösse des aufschlagenden Körpers entsprechendes gerades, dann ein schräg nach aussen verlaufendes Stück, schliesslich mit einem mehr oder weniger steilen Rand endigend. Zum Schlusse wendet sich Verf. gegen die bisher geltenden Erklärungsversuche des Entstehungsmechanismus.

Balsch-Heidelberg.

6) **E. Lexer** (Königsberg). Zur Behandlung der Knochenbrüche.

Münch. med. Wochschr. 1909 Nr. 12.

Neben der guten anatomischen Heilung soll gleich von vornherein bei der Behandlung frischer Knochenbrüche die Erhaltung der Gebrauchsfähigkeit beachtet werden (Lucas-Championnière, Bardenheuer). Daher ist die absolute mehrwöchige Fixation im Gipsverband zu verwerfen. Für die Bruchheilung und für die Beweglichkeit soll nicht nacheinander, sondern möglichst gleichzeitig gesorgt werden. Dieser Forderung kann auf vierfache Weise entsprochen werden: 1. durch operative Vereinigung, 2. durch abnehmbare starre Verbände, 3. durch Streckverbände, 4. durch Bandagieren in Korrekturstellung mit Spielraum für ungefährliche Bewegungen.

Die Wahl der Methoden wird von der Erfahrung bestimmt. Man kann auf verschiedenen Wegen zum Ziel kommen. Besonders eingehend wird das Bandagieren in Korrekturstellung beschrieben, und zwar beim typischen Radiusbruch (Flanellbinde hält die Hand in Flexion, Abduktion und Pronation für 8 Tage, dann Spica; täglich Massage und warme Bäder, nach 4 Wochen bereits arbeitsfähig) und beim typischen Malleolarbruch, der in Supinationsstellung des Fusses und in Adduktion des Kalkaneus korrigiert und nur mit einem breiten Heftpflasterstreifen fixiert wird, der an der Innenseite der Wade beginnend schräg nach aussen zum Malleolus ext. hinabsteigt, quer über die Sohle verläuft und nun unter starkem Zug über den inneren Knöchel hinweg senkrecht nach oben steigt; ein zweiter Heftpflasterstreifen nimmt denselben Weg, doch etwas mehr nach vorn; der erste Streifen besorgt die Adduktion des Kalkaneus, der zweite die Supination des Fusses. Schon am 2. Tag aktive Bewegungen, Aufstehen an Krücken oder Stöcken, ohne mit dem verletzten Fuss aufzutreten. In der ersten Woche wird die Fussspitze belastet, in der zweiten wird mit dem ganzen Fuss aufgetreten. In der 3. Woche können die Stöcke wegbleiben, in der 4. Woche konnten alle Fälle, die schwereren mit Einlage, ohne Beschwerden gehen. Das Heftpflaster wurde erst in der 5. Woche weggelassen, wenn es sich dagegen lockerte, sofort erneuert. Kontrolle des geraden Verlaufs der Achillessehne ist unbedingt nötig, dann ist aber auch nicht die Entstehung eines traumatischen Plattfusses möglich, auch nicht nach Abschluss der Behandlung, während früher so häufig nach Gipsverbandbehandlung infolge Muskelatrophie das Fussgewölbe tiefer trat. — Für die anderen schweren Knöchelbrüche soll zuerst für 1—2 Wochen ein Gipsverband getragen werden, ehe die Heftpflasterbehandlung beginnt.

Ewald-Hamburg.

7) **L. Mencière** (Reims). Ostéo-Synthèse et technique de l'ostéosyntèse.

Arch. provinciale de Chir. 1908. Nr. 12.

Es werden die Krankengeschichten einiger Fälle von alten Patellarfrakturen, alten und frischen Vorderarm- und Unterschenkelfrakturen sowie Pseudarthrosen mitgeteilt, wo die Fragmente durch Aluminiumklammern fixiert würden und ohne Dislokation konsolidierten. Die Klammern werden mit Hilfe eines Klammerträgers in vorgebohrte Löcher in die Knochenfragmente eingeschlagen.

Ewald-Hamburg.

8) **Jovane e Pace** (Neapel). Capsule surrenali e rachitismo.

La Pediatria A. 17. Nr. 3.

Zweck der Arbeit ist die Behandlung der Frage nach dem Einfluss, den die Nebennieren auf den Rachitismus ausüben.

Die Verabfolgung des Nebennierenextraktes brachte reelle Vorteile. Verff. kommen durch ihre Arbeit zu folgenden Schlüssen: Die Adrenalininjektionen (1 : 1000 Lösung in der Dosis von $^1/_{10}$ bis zu einem ganzen Kubikzentimeter) rufen bei rachitischen Kindern Erhöhung des Muskeltonus hervor, indem sie vielleicht auf die Regulationszentren der Muskelkraft einwirken, und Erhöhung des Appetites, indem sie vielleicht den Stoffwechsel anregen. Eine Besserung erfahren auch das späte Zahnen, die Sensibilität, die anormale vasomotorische Erregung der Haut.

Die histologische Untersuchung der Nebennieren von Kaninchen mit rachitiformer Knochendystrophie liess keinerlei Läsion der verschiedenen diese Organe zusammensetzenden Elemente erkennen.

Die doppelseitige Nebennierenexstirpation ist bei jungen Tieren stets innerhalb 24 Stunden nach der Operation tödlich. Die einseitige wird von Tieren kräftiger Rasse ertragen, die Nebennieren stellen also bei ganz jungen Hunden wesentliche Organe für das Leben dar.

Die einseitige Nebennierenexstirpation lässt keinerlei histologische Läsion in den verschiedenen Knochen des Skeletts entdecken.

Es ist demnach jede Beziehung zwischen Nebennieren und Rachitismus ausgeschlossen, die biochemische Seite der Frage bleibt noch festzulegen. Buccheri-Palermo.

9) **G. A. Wollenberg** (Berlin). Die Aetiologie der Arthritis deformans im Lichte des Experimentes.

Arch. für Orth., Mechanoth. u. Unfallchirurgie 1909, Bd. VII. 2 u. 3.

W. ist der Ueberzeugung, dass eine länger dauernde Behinderung der arteriellen Blutzufuhr und des venösen Abflusses eine Arthritis deformans herbeiführen kann. (Arteriosklerose, Intima- und Mediaverdickungen, embolische Prozesse, entzündliche Vorgänge, Gelenktraumen, nervöse Alterationen). Ist diese Anschauung richtig, so könnten alle atrophischen und degenerativen Prozesse auf den behinderten arteriellen Zufluss, alle hypertrophischen und regenerativen Prozesse auf die venöse Stauung zurückgeführt werden. Daneben spielt sicherlich noch die Gelenkfunktion (Belastung und Bewegung) eine Rolle. — Seine Anschauung sucht W. durch Experimente zu



stützen: er umnähte beim Hunde den Rand der Patella, so dass diese von der Blutzufuhr einige Zeit abgeschnitten war. Die Heilung war „durch einen geringen Hautdecubitus gestört.“ Nach $^1/_2$ Jahr ergab die Autopsie eine enorme Arthr. def. der Patella sowie der Femurgelenkfläche. Im Röntgenbilde ist der Schatten der Patella doppelt so lang und unregelmässig gestaltet, von gewucherter Knorpelsubstanz unterbrochen.

Makroskopisch und mikroskopisch ergeben sich Veränderungen, die der A. d. beim Menschen durchaus analog sind: Auffaserung des Knorpels, Verwandlung desselben in Bindegewebe, Knorpelwucherung namentlich in der oberen und unteren Ecke der Patella mit folgender Verknöcherung, besonders in die Quadricepsehnenfasern hinein. Die Blutgefässe der Sehnen sowie der Plicae alares zeigen starke Verdickungen der Media. Die oberflächlichsten Markräume der Knochenwucherung zeigen dünnwandige strotzend gefüllte Gefässe, die z. T. frisches Blut in die Markräume hinein ergossen haben. Dasselbe sieht man in Schnitten durch die Mitte der Patella.

Bei einer teilweisen Umnähung einer Kaninchenpatella fand W. schon nach 4 Wochen „beginnende Arthritis deformans.“ — Weitere Versuche sollen folgen und sollten auch von anderer Seite gemacht werden. Die experimentelle Arthritis deformans kann über viele Fragen Aufklärung geben. Ewald-Hamburg.

10) **Peter Lorenzen** (Kopenhagen). Om Periarthritis.

Hospitalstidende. 1909. Nr. 5—6.

Sowohl bei chronischen als auch bei akuten Gelenkleiden sieht man, dass die Mitleidenschaft der paraartikulären Gewebe eine bedeutende Rolle quoad functionem spielt, neben dem Leiden derjenigen Gewebe, die strikte zum Gelenk gehören. Das Leiden der eigentlichen Gelenkgewebe wird oft reduziert oder gänzlich aufgehoben, während das Leiden der periartikulären Gewebe hartnäckig fortbesteht. Das periartikuläre Leiden tritt sehr oft so stark in den Vordergrund, dass man den Eindruck hat, das eigentliche Gelenkleiden sei sekundär entstanden. Die Funktionsstörungen bessern sich sowohl objektiv als subjektiv im selben Verhältnisse wie das periartikuläre Leiden. Beweis liefern diejenigen Fälle, wo es möglich war, das affizierte periartik. Gewebe operativ zu entfernen und wo eine völlige Genesung unmittelbar folgte. Die hier erwähnten periarthritischen Leiden sind hauptsächlich inflammatorische Leiden im periartikulären Bindegewebe, in den zu dem Ge-



lenke gehörenden Muskeln, Nerven, Venen und Epiphysenknorpeln, wie auch in dem subkutanen Bindegewebe. Ein jedes Gelenk hat seine „loci electi“ für dieses Leiden. Die Verhältnisse der Hauptgelenke des Körpers werden in dieser Besiehung genau beschrieben. Besonders genau wird die Knieaffektion besprochen und hier namentlich die Infiltration in das Lig. mucosum und Ligg. alaria, wo das Leiden bisweilen isoliert auftritt, Hoffas: Hypertrophia massae adiposae infrapatellaris.“ H. modifizierte später seine Anschauung; L. behauptet, es liege hier ein primäres Leiden vor, mit Neigung, sich in den benachbarten Geweben zu verbreiten, und nennt es Periarthritis genus. Rein findet man die Affektionen nur bei Kindern und bei ganz jungen Individuen, im späteren Alter, wo die Gelenkgewebe mit angegriffen sind, ist es unmöglich zu bestimmen, wo das primäre Leiden ursprünglich war. Die hypertrophischen Villi synoviales. meint L., seien ein späteres Produkt. Als ein Hauptmoment in der genau besprochenen Differentialdiagnose führt L. an, dass das Leiden als Regel objektiv doppelseitig ist, jedoch oft auf der einen Seite subjektiv symptomlos verlaufe. Ursache: wiederholte unbedeutende, nicht beachtete oder behandelte kleine Traumata. Als Hauptursache supponiert L. eine konstitutionelle Disposition — eine neuroarthritische Abstammung. Eine Periarthritis kann wohl „geheilt“ werden, hinterlässt jedoch immer eine Schwäche. Eine Arthritis, eine subakute oder chronische Synovitis, entwickelt sich, meint L., im Laufe der Jahre recht oft zu einem sehr chronischen „rheumatischen“ Gelenkleiden. Illustration durch eine Reihe Krankengeschichten. Die meisten physikalischen Methoden können mit Erfolg angewendet werden; neben der lokalen Behandlung muss jedoch „der konstitutionelle Zustand“ berücksichtigt werden. L. zieht die „méthode de douceur“ vor, die „méthode de force“ soll nur bei den allerschwersten Fällen in Anwendung kommen.

Panum-Kopenhagen.

11) **Ludloff** und **Levy**: Die neuropathischen Gelenkerkrankungen und ihre Diagnose durch das Röntgenbild.

Bruns Beiträge z. klin. Chir. 63. Bd. 2. H., p. 399.

An 20 Fällen neuropathischer Gelenkerkrankungen aus der Breslauer Klinik und deren auf 14 Tafeln wiedergegebenen Röntgenbildern suchen Verf. die charakteristischen Erscheinungen dieser Gelenkaffektionen, ihre Diagnose im Röntgenbild gegenüber anderen chronischen Gelenkerkrankungen und die Wichtigkeit der Kenntnis dieser Verschiedenheiten zu frühzeitiger Diagnosenstellung darzulegen.



Die charakteristischen Erscheinungen der neuropathischen Gelenkerkrankungen sind: starke Zerstörung von Knorpel und Knochen, Wucherungen und Knochenneubildung, andererseits grosse Neigung zur Bildung von freien Körpern, ossifizierende Prozesse in der Kapsel und umgebenden Weichteilen. Gegenüber der Tuberkulose besteht im Röntgenbild der Unterschied, dass hierbei schon frühzeitig Atrophie der Knochen (Schmerzschonung!) auftritt, bei den neuropathischen Gelenkaffektionen dagegen nur selten nach langer therapeutischer Ruhigstellung. Arthropathische Knochen sind reich an Kalksalzen, dagegen fehlen die organischen Restandteile, dies bedingt die Brüchigkeit der Knochen. Spontanfrakturen, die in charakteristischer Weise als Querfrakturen vorkommen. Darin liegt der Unterschied gegenüber der Arthritis deformans, bei sonst grosser anatomischer Aehnlichkeit beider Krankheitsbilder, und der Wert des Röntgenverfahrens. Klinisch sind die neuropathischen Gelenkerkrankungen in ausgesprochenen Fällen wohl charakterisierte und von anderen chronischen Gelenkleiden gesonderte Krankheiten.

Balsch-Heidelberg.

12) **Hannemüller.** Über primäre Sarkome der Gelenkkapsel.

Bruns Beiträge z. klin. Chir. 63. Bd. 2. H., p. 307.

Die Diagnose der an sich seltenen Erkrankung ist noch durch die grosse Ähnlichkeit mit der Tuberkulose erschwert. Die von Rüdiger-Rydygier als entscheidend angegebenen Merkmale — Fehlen von Temperatursteigerung, von Muskelatrophie, relativ geringe Schmerzen und geringe Bewegungsstörung — sind in vielen Fällen nicht vorhanden. Verf. beschreibt dann einen bisher in der Literatur noch nirgends erwähnten Fall von prim. Sarkom der Kapsel des Talokruralgelenkes aus der Breslauer chirurg. Klinik. Die Diagnose war ante operationem gestellt worden, aber anch hier bestand grösste Ähnlichkeit mit fungöser Kapselerkrankung.

Balsch-Heidelberg.

13) **Bindi** (Poppi). Note die istologia patologica sui cosi detti gangli tendinei. Significato delle cellule giganti del ganglio.

Clinica chirurgica 1909. Nr. 4.

Verf. hat drei Fälle von Sehnenganglien operiert und histologisch untersucht. In einem Fall hat er zahlreiche Riesenzellen, in dem anderen einen bedeutend einfacheren histologischen Bau einer nicht mit Epithel bekleideten Bindgewebswand gefunden.



Durch diese seine Befunde sieht er sich veranlasst, eine Ganglienkategorie anzunehmen, welche als Geschwülste betrachtet und in die Klasse der Myeloplaxensarkome der Sehnenscheiden eingereiht werden können. Diese Formen sollen vorzugsweise aus den Sehnenscheiden selbst entstehen.

Die anderen von ihm untersuchten Formen entstanden aus den paraartikulären und paratendinösen Geweben und sind als zystische Gebilde des Bindegewebes infolge Degeneration desselben zu betrachten.

Die vom Verf. in seiner ersten Beobachtung angetroffenen Riesenzellen sind nach gewissen Eigenschaften derselben, unter denen als hauptsächlichster der gelegentliche Gehalt an roten Blutkörperchen zu erwähnen ist, als gefässbildende Elemente zu betrachten.

Buccheri-Palermo.

14) **Kirchberg** (Berlin). Massage und Heissluftbehandlung.

Med. Klinik 1908. Nr. 51. p. 1950.

Verf. empfiehlt in seinem Artikel aufs wärmste der Massage, besonders wenn die zu massierenden Körperteile sehr schmerzhaft sind, erst eine Heissluftbehandlung (in Form des Heissluftkastens oder der Heissluftdusche) vorauszuschicken.

Ausser der schmerzlindernden Wirkung und der allgemein bekannten gewebslockernden hat die Heissluftbehandlung auch den Vorteil, dass sie die Behandlungsdauer abkürzt.

Zur Schmerzlinderung empfiehlt Verf. auch noch die Anwendung blauen Lichtes.

Zur Behandlung eignen sich auch hartnäckige Formen von Ischias, Myositis, Neuralgien. **Manhold**-Heidelberg.

15) **Lunkenbein** (Ansbach). Eine neue Drahtgipsbinde.

Münch. med. Wochenschr. 1909, 12, p. 611.

Verstärkende Drahtfäden sind in der Längsrichtung in die Gaze eingewebt, wodurch der Verband an Festigkeit erheblich zunimmt. (Fabrik: Paul Hartmann, Heidenheim a. Brenz.)

Ewald-Hamburg.

16) **C. Lepontre** (Lille). Traitement du rein mobile.

Gazette des hôpitaux. 1909. Nr. 64.

Die Wanderniere soll nicht nur chirurgisch behandelt werden. Oft genügen Ruhe, Massage, Stärkung der Bauchmuskulatur durch gymnastische Uebungen, medicamentöse Behandlung der Magen-, Darm- und Leberbeschwerden, sowie eine gut sitzende Leibbinde.

Ewald-Hamburg.

17) **L. Lewin** (Berlin). Ueber Wismutvergiftung und einen ungiftigen Ersatz des Wismuts für Röntgenaufnahmen.

Münch. med. Wochenschr. 1909, 13.

L. tritt mit Schärfe der Ansicht von der Harmlosigkeit grosser Dosen des Wismutnitrats entgegen. Als gänzlich ungefährliches Mittel, das ausserdem noch deutlichere Röntgenbilder als das Wismut liefert, empfiehlt er den fein gepulverten Magneteisenstein (Fe_3O_4) in 15—30 prozentigen Mischungen. **Ewald**-Hamburg.

18) **Righetti** (Florenz). Due casi di tumore congenito sacro-coccigeo.

Rivista di clinica pediatrica vol. VII. fasc. 3.

Es handelt sich um zwei Fälle, die sowohl histopathologisch als klinisch interessant sind.

Im ersten Fall handelte es sich um eine Geschwulst, die fast ausschliesslich aus einem Neurogliagewebe auf verschiedenen Stadien der Entwicklung, versehen mit einem sehr abundanten zur Sklerose neigenden Bindegewebsgerüst, bestand. Ausserdem fanden sich darin den Wintersteiner'schen Rosetten ganz ähnliche neuroepitheliale Gebilde, welche demnach als das erste Stadium der zystischen Entartung von Haufen abgesprengter neuroepithelialer Elemente zu betrachten sind.

Der zweite Tumor wurde durch ein Nervengewebe von embryonalem Typus gebildet, dessen Elemente und Grundreticulum sehr häufig evolutiven Erscheinungen entgegengehen, die ihr genaues Gegenstück in der normalen Entwicklung des Nervensystem des Embryo finden, und durch die man die Differenzierung in neuroblastische und spongioblastische Elemente bekommt.

Buccheri-Palermo.

19) **Rebizzi** (Florenz). Sopra un caso di osteomielite subacuta da stafilococco piogeno albo della 5a vertebra cervicale.

Revista di clinica pediatrica vol. VII fasc. 4.

In Anbetracht der ausnahmsweisen Seltenheit der Krankheitsform hat Verf. einen klinischen und pathologisch-anatomischen Beitrag zu der kleinen Statistik bringen wollen, indem er einen Fall bespricht, den er im Kinderhospital zu Florenz zu beobachten Gelegenheit hatte. **Buccheri**-Palermo.



20) **Hoffmann** (Greifswald). Zur Klinik und Behandlung der Halswirbelschüsse.

Deutsche Zeitschr. f. Chir. 92. Bd. 4.—6. H., p. 537.

Schussverletzungen der Halswirbel sind sowohl in Kriegs- als in Friedenszeiten selten.

Man muss unter den Verletzungen unterscheiden:

1. solche, die den Wirbelkanal nicht eröffnen,
2. solche, die es tun, die Nervensubstanz aber schonen,
3. solche, die das Rückenmark verletzen
   a. direkt
   b. indirekt.

Wegen der operativen Therapie sind die Meinungen sehr verschieden, wenn es sich nicht um direkte Schädigung des Rückenmarks durch Projektil oder Sequester handelt.

Der Zugang zum Wirbel für die Operation ist möglich

1. vom vord. Rand des Sterno-cleido-mast.,
2. lateral durch den Plexus,
3. hinter dem Plexus am vord. Rand des Cucullaris,
4. vom Nacken aus in der Mittellinie.

Die Nachbehandlung mit Extension (ca 3 Monate) empfiehlt sich bei infizierenden Schüssen, während des Demarkationsstadiums und eine Zeit lang nach Ausstossung von Sequestern.

Manhold-Heidelberg.

21) **Ehrlich** (Greifswald). Zur Kasuistik der isolierten Frakturen der Processus transversi der Lendenwirbelsäule.

Deutsche Zeitschr. f. Chir. 92. Bd. 4—6. H., p. 413.

Isolierte Frakturen der Proc. transv. der Lendenwirbelsäule sind eine Seltenheit wegen der geschützten Lage der Processus. Bei stark auf sie einwirkenden äusseren Gewalten kommt meist noch eine andere mehr in den Vordergrund tretende Verletzung an den Wirbelkörpern vor.

Verf. teilt einen von ihm selbst beobachteten Fall mit. Die richtige Diagnose war in vivo gestellt und durchs Röntgenbild bestätigt worden.

Die Therapie bestand in einem Druckverband aus Heftpflasterstreifen und Gummibinde. Der Druck des Verbandes auf die lange Rückenmuskulatur wurde als sehr wohltuend empfunden.

Nach 8 Tagen wurde der Patient mit heissen Umschlägen und Massage behandelt, nach 3 Wochen geheilt entlassen.



Zu operativem Vorgehen lag keine Veranlassung vor (keine dauernden Schmerzen von Seiten des frakturierten Querfortsatzes).

Manhold-Heidelberg.

22) **Marie Nageotte-Wilbouchewitsch** (Paris). Cyphose à crête épineuse.

Archives de méd. des enfants, Avril 1909.

Es gibt bei Kindern eine eigentümliche Form von Kyphose, deren Beschreibung bis nun noch nicht gegeben worden ist und welche in folgender Weise in Erscheinung tritt. Man findet in der Gegend des 6. oder 7. Rückenwirbels einen kammförmigen Vorsprung, welcher sich über 3 oder 4 Dornfortsätze erstreckt und oft eine Pottsche Kyphose vortäuschen kann. Die Difformität ist leicht zu erkennen, falls man das betreffende Kind aufrecht stehen lässt und die Wirbelgegend betrachtet. In normalem Zustande sieht man nur eine mehr oder weniger tiefe Rinne, aber keinen vorspringenden Dornfortsatz, ausser den des 7. Halswirbels. Die Beweglichkeit der Wirbelsäule in der Gegend der Kyphose ist vermindert oft in sehr bedeutendem Masse, so dass auch dieser Umstand in dem Glauben bestärken kann, dass es sich um eine Tuberkulose der Wirbelsäule handelt. Bei näherer Untersuchung findet man, dass der kammförmige Vorsprung der Wirbelsäule nur der Höhepunkt einer ausgedehnten Kyphose der Rückenwirbelsäule ist, und dass derselbe auch dann noch fühlbar bleibt, wenn man das Kind auf den Rücken legt oder sich mit den Armen gegen eine Mauer stützen lässt bei gleichzeitigem Hohlmachen des Rückens. Derartige Kyphosen nehmen mit fortschreitendem Alter immer mehr zu und dürften den Ausgangspunkt des bei alten Leuten oft anzutreffenden runden Rückens sein.

Man findet die in Rede stehende Kyphose oft im frühesten Kindesalter, bei 3—5 Jahren und es macht oft den Eindruck, dass es sich um eine angeborene Missgestaltung der Wirbelsäule handelt, da man dieselbe bei mehreren Mitgliedern derselben Familie vorfinden kann. Auch die Rhachitis könnte aetiologisch eine Rolle spielen, doch hat die Verfasserin in vielen Fällen keine anderen Zeichen von Rhachitis auffinden können.

Die Behandlung dieser Kyphose ist meist eine sehr schwierige und in vielen Fällen kann man eine Redressierung nicht in definitiver Weise durchführen. Manuelle Redressierung, gymnastische Übungen, Schwebehang, Turnen an der Leiter geben die besten Resultate, falls man die Behandlung frühzeitig genug in Angriff nimmt.

E. Toff.



23) **v. Reichmann** (Jena). „Über chronische Wirbelsäulenversteifung (Spondylarthritis ankylopoetica) und über einen Fall von Wirbelsäulenversteifung kompliziert durch Pseudo-Hypertrophie der Extremitätenmuskulatur."

Mitt. aus d. Grenzgebieten. Bd. 20. H. 2. p. 368.

Verf. bespricht kurz unsere Kenntnisse von der chron. Wirbelsäulenversteifung, die wir v. Bechterew verdanken, die aber in neuerer Zeit verschiedene Modifikationen erfuhren. Therapeutisch haben bei dieser sonst hoffnungslosen Erkrankung Fibrolysininjektionen einigen Erfolg erzielt. Verf. teilt dann noch einen Fall aus der Jenaer mediz. Klinik mit, bei dem neben der Wirbelsäulenversteifung eine Pseudohypertrophie der Extremitätenmuskeln (bes. der Beine) bestand, deren Beginn mit dem der Wirbelsäulenerkrankung zusammenfiel. Da nur eine ähnliche Beobachtung in der Literatur vorliegt, spricht sich Verf. für die Möglichkeit einer gemeinsamen Ursache beider Erkrankungen aus.

Balsch-Heidelberg.

24) **Matsuoka** (Kyoto). Ueber die Versteifung der Wirbelsäule.

Deutsche Zeitschr. f. Chir. 92. Bd. 4—6. H., p. 312.

Verf. gibt eine Uebersicht der bis jetzt bekannten klin. Formen von Wirbelsäulenversteifung.

1. kyphotische Wirbelsäulenversteifung infolge tuberkulöser Entzündung,
2. nach klinisch nachweisbarem Wirbelbruch,
3. Spondylitis oder Arthritis deformans,
4. gonorrhoische Aetiologie,
5. rheumatische Aetiologie,
6. Spondylarthritis urica,
7. Bechterew'sche Krankheit,
8. Pierre-Marie-Strümpell'sche Krankheit.

Verf. hatte Gelegenheit in seinem Heimatland drei Fälle von Bechterew'scher Krankheit zu beobachten. Die Symptome waren: Kyphose in der Brustwirbelsäule. Schmerzen in der Wurzelgegend. Die aktiven Bewegungen an Schulter- und Hüftgelenken waren beschränkt; die passiven fast frei.

Die Respiration war abdominal (allerdings waren alle drei Fälle Männer) ohne deutliche Veränderungen in den Sterno-costovertebralgelenken.

Verf. gibt die Krankengeschichten und photographische Aufnahmen seiner Kranken wieder.

Manhold-Heidelberg.

25) **Katzenstein** (Berlin). Ueber funktionelle Heilung der Serratuslähmung durch Operation.

Berlin. klin. Wochenschr. 1908. Nr. 52. p. 2297.

Vortragender berichtet über einen Fall von totaler Serratuslähmung und Trapeziusparese infolge Drucks von Seiten eines Chondrofibrosarkoms, das von der Skapula ausging.

Er heilte die Lähmungserscheinungen, indem er den Pectoralis major auf die Muskulatur der Scapula überpflanzte. In einer vorausgegangenen Operationsetappe hatte er die Skapula in normaler Stellung fixiert durch den paretischen Trapezius und den Rhomboideus major.

Der Operationserfolg war ein guter, die Patientin kann Arm und Schulterblatt in fast normaler Weise bewegen.

Manhold-Heidelberg.

26) **Alex. Earle Horwitz** (St. Louis). Congenital elevation of the scapula. — Sprengels deformity.

Americ. journ. of orthop. surg. 1908. Bd. VI, 2.

H. konnte 120 Fälle von angeborenem Schulterblatthochstand aus der Literatur zusammenstellen und 16 neue Fälle veröffentlichen. An 12 Embryonen von 3—7 Monaten konstatiert er, dass der quere Durchmesser der Skapula grösser ist als der vertikale (übrigens auch noch nach der Geburt wie bei niederen Tieren während des ganzen Lebens). Ferner steht die Skapula während des fötalen Lebens im ganzen höher (angulus sup. am IV. Halswirbel) und ist so gedreht, dass der mediale Rand mit der Wirbelsäule einen Winkel von 45° bildet. Pathologisch-anatomisch unterscheidet sich das elevierte Schulterblatt von einem normalen

a) durch das veränderte Verhältnis der Durchmesser (in 53% der Fälle beobachtet);

b) durch die hakenförmige Umbiegung des supra-spinären Teils nach vorn (in 18,5%);

c) durch die Verlängerung oder Abrundung des oberen medialen Winkels;

d) durch die Gegenwart von Exostosen und Verbindungen mit der Wirbelsäule (knöcherne, knorplige, fibröse Verbindung mit dem 4.—7. Halswirbel) in 28% der Fälle. Die Herkunft der knöchernen Verwachsung wird meist der Skapula zugeschrieben (Supraskapularknochen niederer Tiere!); doch sind auch andere Theorien nicht unmöglich (Verknöcherung degenerierter Muskeln).

e) durch Rippen- und Wirbeldefekte in 16% aller Fälle (Hals-



rippen, Kyphosen, Skoliosen, Spina bifida in der Zervikalregion, Rippen- und Wirbeldeformitäten und -Defekte, Zusammenwachsen von Wirbeln und Rippen, rudimentäre Rippen).

f) durch mangelhafte Muskulatur. In jedem Fall war der Trapezius befallen (partielles Fehlen, Atrophie, Schwäche). Der pectoralis major war in 10 Fällen defekt. Hin und wieder wird jeder Skapularmuskel als mitaffiziert angegeben.

g) Humerus und Clavikula waren in 13,2% resp. 15,6% verkürzt oder schlecht ausgebildet.

h) andere Deformitäten fanden sich in 15% (Klump-,Plattfuss, Beinverkürzung, kongenitale Hüftluxation usw.).

Die Elevation der Skapula schwankt zwischen 1 und 12 cm, häufig findet sich nebenbei Rotation um die sagittale und frontale Achse. Skoliose fand sich in 47,8% der Fälle, in 31 Fällen mit der Convexität nach der Seite des Hochstands gerichtet, in 21 Fällen nach der gesunden Seite hin. Wahrscheinlich handelt es sich um eine kongenitale Skoliose, eine numerische Variation der Wirbelsäule (Boehm), die an sich in keiner Beziehung zum Schulterblatthochstand steht. In 5 von seinen Fällen fand H. Wirbel-, Rippen- und Muskeldefekte. Tortikollis wurde in 10,3% der Fälle beobachtet und zwar immer auf der Seite des Hochstands; Gesichtsasymmetrie in 14,7%. Die Bewegungen im Schultergelenk wurden gewöhnlich frei befunden, doch war Erhebung des Arms über die Horizontale in 50,7% wegen Anstossen des oberen Skapulawinkels an die Wirbelsäule nicht möglich.

Vierzehnmal sind Fälle von doppelseitigem Schulterblatthochstand beschrieben. — Bezüglich der Entstehung schliesst sich H. der Theorie von dem Ausbleiben des Descensus scapulae infolge intrauterinen Drucks an. Dieses Ausbleiben kann statthaben wegen der Umbiegung des oberen Randes oder wegen der Verwachsung des medialen Randes mit der Halswirbelsäule oder wegen der Schwäche des Trapezius, der die Skapula nicht herunterzuziehen vermag. Diese Trapeziusschwäche ist nach H. am bedeutungsvollsten. Die Deformität teilt er ein in

1. einfachen Schulterblatthochstand.
2. Hochstand mit knöcherner, knorpliger oder fibröser Anheftung an die Wirbelsäule.
3. Hochstand mit Mukeldefekt.

Der kongenitale Hochstand muss von dem acquirierten unterschieden werden (Rachitis, Osteomalacie, Lähmung, Skoliose, Empyem).



Behandlung in Typus 1. und 2. mediko-mechanisch, wonach nach mehreren Monaten befriedigende Besserung eintritt. Sonst ist operatives Vorgehen gerechtfertigt (Beseitigung der Verbindung mit der Wirbelsäule, der Adhäsionen, Muskeldurchschneidungen, Resektion des gebogenen unteren Skapularandes.)

16 Krankengeschichten, z. T. mit Bildern und Radiographien. — Literatur.

Ewald-Hamburg.

27) **Ellerbroek** (Göttingen). Beobachtungen über Schulterluxationen nach hinten nebst einer Übersicht über alle vom 1. Januar 1890 bis 1. Januar 1907 in der Göttinger chirurgischen Poliklinik beobachteten Luxationen.

Deutsche Zeitschr. f. Chir. 92. Bd. 4.—6. H., p. 453.

Verf. gibt eine Statistik der Luxationen, die im Laufe von 17 Jahren in der Göttinger Poliklinik behandelt wurden, es waren ihrer 584, darunter 9 Schulterluxationen nach hinten, auf die Verf. wegen der Seltenheit des Vorkommens speziell eingeht. Sie kommen zustande entweder

1. durch direkte Gewalteinwirkung von vorn her, oder
2. durch Fall auf die ausgestreckte Hand mit adduziertem und nach vorn gerichtetem Arm;
3. durch willkürliche (Schleudern)
4. durch unwillkürliche Muskelaktion (epileptische Krämpfe);
5. durch Kunsthilfe bei der Geburt (Armlösen);
6. sehr selten angeboren.

Die Therapie bestand in den meisten Fällen in leichtem Zug am Oberarm (in Narkose) in seiner Achsenrichtung. Der Humeruskopf wurde durch direkten Druck in die Pfanne reponiert.

Für 14 Tage Fixationsverband. Dann leichte Bewegungen. Später elektrische Behandlung und Massage.

Manhold-Heidelberg.

28) **Bergemann** und **Stieda** (Königsberg). Über die mit Kalkablagerung einhergehende Entzündung der Schulterschleimbeutel.

Münch. med. Wochenschr. 1908. Nr. 52 p. 2699.

Acht Fälle von akuter Entzündung der bursa subacromialis bezw. subdeltoidea nach Anstrengung, einmal auch nach Verletzung der Schulter hat St. bereits beschrieben. Die Erkrankung zeichnete sich dadurch aus, dass in sämtlichen Fällen (meist Frauen im Alter von 43—57 Jahren) im Röntgenbild in der Gegend des Schleim-



beutels ein mehr oder weniger grosser Schatten, der auf Kalkablagerung schliessen liess, vorhanden war. St. vermutete als Ursache der Erkrankung Gicht.

In drei weiteren Fällen, wo sich ebenfalls starke, ziemlich akut einsetzende Schmerzen in der Gegend des tuberculum majus feststellen liessen, konnten Verf. den entzündlich veränderten, z. T. mit Kalkkonkrementen (Röntgenbild!) angefüllten subdeltoiden Schleimbeutel operativ entfernen. Die Schmerzen und Bewegungsstörungen in der Schulter schwanden danach in kurzer Zeit. Wie die chemische und mikroskopische Untersuchung ergab, bestanden die Konkremente nicht aus harnsauren Salzen, sondern aus Kalk. Die Schleimbeutelwandungen zeigten die Erscheinungen einer chronischen Entzündung mit ausgedehnten Nekrosen und Kalkherden. Wenn auch jetzt der Nachweis von der gichtischen Natur der Entzündung nicht zu führen ist, so ist es doch denkbar, dass bei vorhandener gichtischer Diathese sich gelegentlich auch in den beschriebenen nekrotischen Bezirken statt des Kalks harnsaure Salze ablagern können. Doch scheint auch die Annahme einer traumatischen Entzündung (Überanstrengung in mehreren Fällen!) plausibel, wenn auch der Prozess durch das Trauma allein nicht völlig erklärt werden kann. Verf. glauben, dass das Kalkdepot im Schleimbeutel schon vor den akut einsetzenden Erscheinungen vorhanden war; das Trauma würde letztere aber sehr gut erklären, insofern als die Kalkmassen einfach mechanisch die Schleimbeutelwand reizen. Da die Erkrankung meist bei älteren Individuen auftritt, öfter auch gleichzeitig Arthritis deformans am Schultergelenk und anderen Gelenken beobachtet werden konnte, so vermuten Verf., dass es sich vielleicht um akute Stadien einer der deformierenden Gelenkentzündung analogen Erkrankung handeln könne. Bezüglich der Therapie ist zu bemerken, dass zwar ohne Operation Heilung eintreten kann, dass aber die Exstirpation des Schleimbeutels schneller und sicherer zum Ziele führt. **Ewald**-Hamburg.

29) **Vulpius** (Heidelberg). Zur Behandlung der Lähmungen an der oberen Extremität.

Münch. med. Wochenschr. 1909. Nr. 21, p. 1065.

In zwei Fällen von traumatischer Epiphysenlösung am oberen Humerusende bei der Geburt (2 und 6 Jahre alte Patienten) machte V. wegen der sehr störenden Innenrotation des Armes eine Diaphysenosteotomie des Humerus in der Höhe des Deltoideusansatzes. Gipsverband bei stark aussenrotiertem und horizontalabduziertem



Oberarm. Die Patienten konnten den Arm gut gebrauchen. Die einfache Operation dürfte sich auch bei Plexuslähmungen und gewissen spastischen Kontrakturen empfehlen. **Ewald**-Hamburg.

30) **Babonneix** und **Voisin** (Paris). Un cas de paralysie radiculaire type Erb d'origine obstétricale.

Gazette des hôpitaux. 1909. Nr. 57.

Der jetzt $11^1/_2$jähr. Knabe war mit der Zange geholt worden und hatte seit der Geburt eine typische Erbsche Lähmung des rechten Arms (mangelnde Abduktion des Arms, mangelhafte Flexion im Ellenbogengelenk, mangelhafte Supination, Atrophie der Schultermuskulatur und des Oberarms, herabgesetzte elektrische Erregbarkeit des Deltoideus, Bizeps. Brachialis int., Supinator longus). Der Arm ist nie behandelt worden, weil das Leiden nicht erkannt wurde. Jetzt, wo die Lähmung über 11 Jahre besteht, ist jede Behandlung illusorisch (? Ref.). Früher hätte durch Elektrizität viel gebessert werden können. **Ewald**-Hamburg.

31) **Iselin** (Basel): „Gabelgelenk am Ellbogen nach teilweiser Resektion im Kindesalter."

Deutsche Zeitschr. f. Chir. 98. Bd. 6. H p. 571.

Bei einer Patientin, bei der im Kindesalter wegen Tuberkulose des Ellbogens Resektion gemacht worden war, hatte sich, wohl durch Wachstum noch vorhandener Knochenkerne ein Gabelgelenk mit guter Funktionsfähigkeit gebildet, ähnlich wie es Bardenheuer bei seiner Methode der Ellbogenresektion anstrebt. Verf. empfiehlt darnach die Gabelresektion mit Schonung der seitlichen Knochenkerne in geeigneten Fällen. **Balsch**-Heidelberg.

32) **Poncet** u. **Leriche** (Lyon). La maladie de Madelung, ses modalités, sa pathogénie.

Gaz. des hôpitaux. 1909. Nr. 16, p. 187.

Es hat sich heute bei den Franzosen die Meinung herausgebildet, dass jede Madelungsche Deformität des Handgelenks auf eine Inkurvation des Radius zurückgeführt werden muss. Verf. treten dieser einseitigen Auffassung entgegen: wie beim genu recurvatum kann die Ursache ausser in einer Knochenverbildung auch in einer Laxität der Bänder zu suchen sein (wirkliche Luxation!). Das klinische Bild ist dasselbe (Prominenz des Ulnaknöchels, Verschiebung der Hand nach der Palmarseite hin). Einige Fälle von wirklichen Luxationen im Handgelenk seien schon beschrieben worden (Berger, Guéry, Tripier u. s. w.). Nach Poncets



Meinung kann die Bändererschlaffung zu einer richtigen Madelungschen Deformität führen, ohne dass die Knochen irgendwie verändert werden.

Die Aetiologie der Krankheit kann ebenfalls verschiedener Natur sein: die Schlaffheit der Bänder kann angeboren sein (Estor 1907). Die Radiusverkrümmung kann durch ein Trauma veranlasst sein. Am häufigsten handelt es sich aber um eine entzündliche Erweichung der Knochen und Bänder. Verf. behaupten, dass manche Fälle von Rachitis tarda weiter nichts als verkannte leichte Knocheninfektionen seien, die irgend einen Abschnitt des Knochens isoliert befallen können. Als wichtigste Infektion gilt den Verf. die „inflammatorische Tuberkulose". Sie teilen 3 Fälle von multipler Tuberkulose (Lungen und Gelenke) mit, bei denen sie auch eine doppelseitige Madelungsche Deformität gefunden haben. Zwei von diesen, die seinerzeit in der Société de chir. in Paris vorgestellt wurden, hat Broca als nicht zur Madelungschen Krankheit gehörig zurückgewiesen. Der dritte Fall tritt nach Ansicht der Verf. selbst aus dem Rahmen des typischen Krankeitsbildes heraus. Doch fanden sich klinisch immer die Eigentümlichkeiten der progressiven Subluxation des Handgelenks. Nur waren in den ersten Fällen die Handgelenke funktionell unbrauchbar und schmerzhaft (!), im letzten Fall lag eine allmählich entstandene wirkliche Luxation der Handwurzel vor. Ewald - Hamburg.

33) **Siegrist** (La Chaux-de-Fonds). Ueber Manus valga oder oder sogenannte Madelungsche Deformität des Handgelenks.

Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1909. 91. Bd. 5.—6. Heft. p. 524.

Das Hauptsymptom bei der Madelungschen Deformität ist eine Subluxation der Hand nach vorn. Meist ist dabei auch Radial- oder Ulnarabduktion der Hand vorhanden. Die untere Radiusepiphyse ist volarwärts gekrümmt.

Als Funktionsstörungen treten Behinderung der Dorsalflexion, manchmal auch der Ulnar- und Radialabduktion auf, die Volarflexion ist vermehrt.

Die Ätiologie ist noch nicht klargelegt. Viele nehmen die Manus valga als Zeichen der Spätrachitis an.

Andere betonen die Störung im Wachstum und in der Funktion der Knorpelsubstanz am unteren Ende des Vorderarmknochens.

Die Deformität wird häufig hereditär beobachtet. Die Krümmung



des Radius volarwärts ist das Primäre. Die Luxation im Ulna-Karpalgelenk erfolgt sekundär wegen der Krümmung des Radius.

Verfasser stellt eine historische Reihenfolge auf über Beschreibungen dieser Deformität und stellt dann nebst Abbildungen und Radiogrammskizzen selbstbeobachtete Fälle vor.

Ein dieser Affektion ähnliches Bild kann durch Trauma am Radius vorgetäuscht werden. Das Röntgenbild gibt aber die ausschlaggebende Diagnose. Als Therapie haben manche Autoren aus kosmetischen Gründen die liniäre Osteotomie am Radius empfohlen. Die sekundären Veränderungen der Handwurzel können dadurch aber nur in ungünstigem Sinne beeinflusst werden.

Verf. wendete die Applikation orthopädischer Apparate bei seinen Patienten an. **Manhold**-Heidelberg.

34) **Palazzi** (Sandrigo). Contributo alla cura operatoria della deformità di Madelung.

Clinica chirurgica 1909 Nr. 4.

Verf. hat in einem Fall von Madelung'scher Deformität bei einer jungen Bäuerin, welche sehr leidend und unfähig zur Arbeit geworden war, die Osteotomie des Radius ausgeführt.

Dieser Fall, welcher den rachitischen Ursprung dieser Deformität bekräftigt, gab dem Verf. Veranlassung auf den Gegenstand näher einzugehen. Er ist der Ansicht, dass die schweren Traumen von dem Bild der Madelung'schen Deformität auszuschliessen seien; allein auch die anderen unter diesem Namen beschriebenen Fälle könnten wegen der Veränderlichkeit ihrer pathologischen Elemente keine besondere Krankheitseinheit bilden.

Er schlägt vor, die konstantere Erscheinung als eine periphere Cubitolisthesis zu qualifizieren unter eventueller Hinzufügung weiterer Spezifizierungen. **Buccheri**-Palermo.

35) **Klemm.** Die chirurgische Behandlung der Verbrennungskontrakturen der Hand und Finger durch Wanderlappen-Fernplastik.

Deutsche Zeitschr. f. Chir. 92. Bd. 4.—6. H., p. 280.

Die operative Beseitigung der Kontraktur kann geschehen durch

1. Lappenverschiebung aus der Nachbarschaft,
2. Thiersch sche Transplantation,
3. Wanderlappen - Fernplastik.

Für die ersten beiden Methoden eignen sich meist Verbrennungskontrakturen nicht, da die Umgebung zu stark narbig verändert ist.



Zur Wanderlappen-Fernplastik kann die Haut von Brust, Bauch oder den Seitenflächen der Oberschenkel genommen werden.

Die Haut kann unterminiert werden zu Brücken- oder Muffenlappen und die lädierte Hand darunter fixiert, bis der Lappen angeheilt ist (in der Regel nach 9 Tagen schon Durchtrennung der ernährenden Brücken), oder ein viereckiger Lappen mit einer breiten Ernährungsbrücke wird präpariert und auf die defekte Hand fixiert. Bei letzterer Methode besteht der Vorteil, dass die Zirkulation von 3 Seiten sich wiederherstellen kann, statt nur von zweien. Die Patienten halten von selbst die Hand unter dem Hautlappen gut fixiert, da jede Bewegung am Verbindungslappen schmerzt.

Die Lappenentnahmestelle wird durch Thiersch sche Transplantation gedeckt.

Um die Anheilung zu sichern, müssen die Lappen grösser geschnitten sein, als der Defekt ist — für etwa auftretende Randgangrän berechnet, die Wundränder des Lappens müssen exakt mit denen des Defektes vereinigt werden, eine gleichmässige flächenhafte Kompression muss durch den Verband ausgeübt werden. Nach der Anheilung der Lappen genügen nicht nur Übungen mit der verbrannten Hand, es müssen auch redressierende Verbände getragen werden.

Verf. empfiehlt für den Zweck einen handschuhartigen Apparat von Otto Thilo. **Manhold**-Heidelberg.

36) **H. Lossen** (Heidelberg). Narbige Verkrümmung und Versteifung der linken Hand nach Verbrennung 3. Grades; Transplantation von der Haut des Oberschenkels; Heilung mit Beweglichkeit der Hand.

Münch. med. Woch. 1909. Nr. 24. p. 1236.

Das jetzt 14 jährige Mädchen hatte im 1. Lebensjahr an der linken Handfläche eine Verbrennung erlitten, die zu einer Verkrümmung aller Finger geführt hatte. Ausserdem hochgradige Versteifung. Abpräparieren des ganzen Narbengewebes von den Sehnenscheiden; darauf Bandagieren aller Finger in Streckstellung auf eine Fünffingerrückenschiene. Nach 3 Monaten Deckung des Defektes mit einem gestielten Lappen aus dem Oberschenkel, der am 10. Tage durchtrennt wurde. Völlige Bewegungsfreiheit der Finger. Dauerresultat (Nachuntersuchung nach 7 Jahren!)

Ewald-Hamburg.



37) **F. Ertl** (Graz). Ein Fall von angeborenen Klumphänden ohne Defektbildung.

Arch. für Orth., Mechanoth. u. Unfallchir. 1909, Bd. VII. 2 u. 3.

Der 2 jährige Knabe, der aus gesunder Familie stammt, hatte seit seiner Geburt Bewegungsstörungen im Schulter-, Ellenbogen- und Handgelenk, eine ulno-palmare Klumphand, Beugekontrakturen der Finger, permanent eingeschlagenen Daumen, sowie einige Syndaktylien, ausserdem doppelseitige Klumpfüsse; die elektrische Untersuchung ergibt ein Ueberwiegen der Strecker über die Beuger am Oberarm, an den Unterarmen das umgekehrte Verhältnis (Radialisgebiet!) Die Röntgenbilder ergeben völlige Intaktheit beider Unterarmknochen. Da keine Anhaltspunkte für intrauterine Raumbeengung gegeben, führt E. seinen Fall auf einen Fehler in der ersten Anlage zurück. Jedoch ist die Aetiologie keine einheitliche, neben der Raumbeengung werden Störungen des Nervensystems beschuldigt. Therapie: zunächst Anlegen einer permanent redressierenden Stahlfederschiene, Massage, Bewegungen. Nach einem Monat forziertes Redressement des linken Ellenbogens und der linken Hand. Gleichzeitig wird der Bizeps am linken Oberarm freigelegt, der sich als graurötlicher Strang mit wenigen kontraktilen Fasern darstellt. Die Behandlung ist noch nicht abgeschlossen, für später (nach 3—4 Jahren) sind eventuelle Sehnentransplantationen in Aussicht genommen.

Ewald-Hamburg.

38) **Jacques Calvé.** Difficultés du diagnostic de la coxalgie au début.

La presse médicale. 1909. Nr. 14.

Es wird im allgemeinen angenommen, dass die Diagnose der tuberkulösen Koxitis eine sehr leichte ist und dass die klassischen Symptome vollkommen genügen, um dieselbe zu erkennen. Dies ist für die Mehrzahl der Fälle richtig, etwa bei 8 oder 9 unter 10, aber es kommen doch in Folge von infektiösen Erkrankungen Entzündungen des Hüftgelenkes vor, die weniger stürmisch verlaufen, als dies sonst der Fall ist, und welche hierdurch eine grosse Aehnlichkeit mit der tuberkulösen Erkrankung dieses Gelenkes aufweisen. Namentlich sind es die Anfangsstadien der Krankheit, für welche sichere Anhaltspunkte von Wichtigkeit sind.

Der Verfasser hat im Sanatorium zu Berck-sur-Mer Gelegenheit gehabt, eine grosse Anzahl tuberkulöser und als solche angesehener andersartiger Hüftgelenkserkrankungen zu beobachten und gibt für erstere folgende Anhaltspunkte:



1. Das Bestehen einer Adenitis iliacalis. Dieselbe wird gefunden, indem man oberhalb des Poupartschen Bandes in die Tiefe der Fossa iliaca längs der grossen Blutgefässe drückt und die dort befindlichen, geschwellten Drüsen unter den Fingern rollen macht. Diese Adenitis besteht immer, falls es sich um eine tuberkulöse Koxitis handelt.

2. Die Atrophie und namentlich die Hypotonie der Gesässmuskeln ist ein weiteres Zeichen für dieselbe. Das Kind wird auf den Bauch gelegt, und nun quetscht man beiderseits die Gesässmuskeln zwischen Daumen und Zeigefinger beider Hände senkrecht auf die Richtung der Muskelfasern. Der gesunde Muskel zeigt eine kräftige Reaktion und zieht sich zusammen, während der Muskel der kranken Seite nicht nur schmäler als der andere erscheint, sondern er reagiert auch viel schwächer. Diese 2 Zeichen fehlen niemals; folgende sind auch charakteristisch, können aber mitunter auch fehlen:

3. Die Verdickung der Hüftgelenksgegend. Dieselbe kann dadurch festgestellt werden, dass man den Hals des Hüftknochens zwischen Daumen, Zeigefinger und Mittelfinger fasst und auf diese Weise die Verdickung der kranken Seite feststellt.

4. Die radiographische Untersuchung zeigt mitunter folgende charakteristische Veränderung der Gelenksgegend: der Femurkopf scheint etwas nach oben und aussen verschoben zu sein, und es besteht eine Verringerung des Zwischenraumes, welcher den Rand der Gelenkspfanne von demselben trennt. Ausserdem ist der Zwischenraum zwischen Grund des Acetabulum und Pol des Schenkelknochenkopfes verbreitert.

Im allgemeinen muss festgehalten werden, dass eine bestimmte Diagnose nicht immer zu Beginne einer Hüftgelenkserkrankung gestellt werden kann, dass hierzu ein genaues Abwägen der Symptome notwendig ist. Regel ist es, bei Bestehen einer Reaktion von Seiten der Hüfte immer an eine tuberkulöse Koxitis zu denken. Das Bein soll dann immobilisiert und in Beobachtung gehalten werden, doch hüte man sich vor dem Einleiten energischer Eingriffe und namentlich reizender Einspritzungen, die Veränderungen hervorrufen können, welche eine genaue Diagnose erheblich erschweren oder auch unmöglich machen. Benigne Gelenkserkrankungen verschwinden unter Ruhigstellung des Gliedes definitiv, während tuberkulöse bei Wiederaufnahme der Bewegungen rezidivieren und sich verschlimmern.

E. Toff.

39) **Denis G. Zesas.** Ueber die juvenile Arthritis deformans coxae.

Arch. f. Orth. Mechanoth. u. Unfallchirurgie 1909, Bd. VII, 2 u. 3.

Bei dem 11 jährigen Mädchen bestanden seit 5 Jahren Schmerzen und Gehstörungen im rechten Hüftgelenk. Das ganze Bein war atrophisch, stand in mässiger Abduktion und Flexion und war um 2 cm. verkürzt. Bei Bewegungen im Hüftgelenk wurden zwar keine Schmerzen geäussert, doch waren knackende Geräusche zu konstatieren. Die Flexion war frei, Ad- und Abduktion waren ziemlich stark behindert. (Ein Röntgenbild wurde nicht gemacht). Extension brachte Besserung, auf Resektion wollten sich die Eltern nicht einlassen. — Bisher sind nur 8 Fälle von juveniler Osteoarthritis coxae bekannt (2 von Zesas, 2 von Maydl, 2 von v. Brunn, 2 von Hofmeister). Aus ihrer Beschreibung ergibt sich, dass der Kopf abgeplattet und oft fast oder ganz geschwunden ist (Röntgenbild und Resektionspräparat!); der Knorpel ist verdünnt, usuriert, Osteophyten trennen die Gelenkfläche vom Hals. Die Pfanne kann sich beteiligen, kann sich erweitern und nach vorn und oben wandern. Konstant findet sich Aussenrotation sowie Bewegungsstörungen; der Gang ist meist hinkend. Die viermal versuchte Resektion ergab recht zufriedenstellende Resultate. **Ewald**-Hamburg.

40) **Pucci.** Sopra un caso di lussazione congenita dell' anca complicata da una forma di artrite deformante in un soggetto di 12 anni.

Clinica chirurgica 1909. Nr. 5.

Verf. berichtet über den Fall eines 12 jährigen Mädchens aus Florenz, wo einerseits eine Luxation der gelähmten Hüfte wegen der Symptome, mit denen dieselbe aufzutreten pflegt, andererseits eine Luxation infolge akuter oder chronischer Krankheitsprozesse auszuschliessen war.

Nach sorgfältiger Prüfung der einzelnen Symptome und Festlegung einer Differentialdiagnose zwischen verschiedenen Krankheitsformen kommt er auf Grund der Erscheinungen zu dem Schluss, dass es sich um eine bei einem 12 jährigen Patienten sehr seltsame Form handle, nämlich um eine angeborene Hüftverrenkung, kompliziert durch einen Prozess von Arthritis deformans. **Buccheri**-Palermo.

41) **Joachimsthal** (Berlin). Ueber Coxa vara-Bildung nach der Reposition der angeborenen Hüftverrenkung.

Münch. med. Wochenschr. 1909, 13.

Noch jahrelang nach gut gelungener Reposition kann eine



Coxa vara eintreten (Curtillet, Fröhlich, Wullstein, Redard). Bei der Nachprüfung von 150 mindestens 3 Jahre früher eingerenkten Luxationen mit ursprünglich normalem Schenkelhalswinkel fand J. viermal eine Verkleinerung des Winkels (Röntgenbilder). Die Form des oberen Femurendes erinnert durchaus an das Bild der rhachitischen Coxa vara, bei der die Verbiegung vorzugsweise in der Trochantergegend ihren Sitz hat, während den traumatischen und auch den übrigen Formen der Schenkelhalsverbiegung eine Verschiebung und Einrollung des Kopfes gegen den unteren Schenkelhalsrand eigentümlich ist. Wir müssen daher einen lokalen Erweichungsprozess im Knochen annehmen, gefördert durch die lange Fixationszeit. Daher ist eine möglichste Abkürzung der Fixationszeit geboten, fernerhin aber Nachuntersuchungen, um einer sich bildenden Coxa vara durch Massage, Extension und Abduktionsübungen vorzubeugen. **Ewald**-Hamburg.

42) **G. Drehmann** (Breslau). Zur Aetiologie und Therapie der Coxa vara adolescentium.

Berl. klin. Wochenschr. 1909. Nr. 13, p. 586.

Bei der Coxa vara adolescentium liegt der Sitz der Abbiegung genau in der Epiphysenlinie; ausserdem besteht noch eine Retroversion des Kopfes. In drei Fällen hat D. eine stärkere Torsion des oberen Femurendes nach vorn gefunden, die ätiologisch wichtig ist. Auch auf der gesunden Seite zeigte sich bei den in Mittelstellung aufgenommenen Röntgenbildern ein stärkeres Vorspringen des Trochanter minor, der erst bei einer Innenrotation von 30° verschwand. Bemerkenswert war der Befund einer deutlichen Knochenatrophie der unteren Stützbalken, die wohl die Coxa vara vorbereitete, ohne dass es schon zur Deformität gekommen war. Wichtig ist für die Entstehung die Ausgangsstellung, die bei der Arbeit eingenommen wird. Aussenrotation und Hyperextension. — Was die Therapie dieser C. v. adolescentium anlangt, so kann die Osteotomie wenig leisten, weil sie den Sitz der Erkrankung nicht berücksichtigt. D. hat seit 13 Jahren das unblutige Redressement mit Dehnung der Adduktoren geübt und gute Erfolge damit erzielt. Bericht über 2 Fälle. Das abduzierte und leicht innenrotierte Bein wurde für zwei Monate eingegipst, dann für 2 Monate noch einmal in geringer Abduktion, dann abnehmbare Gipshülse für weitere 2 Monate. — Ambulante Behandlung. **Ewald**-Hamburg.

43) **Mendler** (Ulm). Zur Behandlung der Coxa vara.

Württemb. Korrespondenzblatt 1909, Nr. 2.

In einem Fall schwerster Coxa vara duplex congen. machte M.

subtrochantere Osteotomie und heilte den Knochen in starker Abduktion im Extensionsgipsverband. Das nach 2½ Jahren gewonnene Röntgenbild zeigt einen durchaus normalen Befund. Bei einem 2½ jährigen schwer rachitischen Kind machte er prophylaktische Knochennagelung des Halses mit dem Erfolg, dass nach 6 Wochen (!) vorzügliche Ossifikation eingetreten war, wie das allerdings stark retouchierte Röntgenbild dartut. Die Berechtigung zu einem solchen prophylaktischen Eingriff dürfte schwer zu beweisen sein.

Vulpius-Heidelberg.

44) **Dumont** (Lausanne). Eine neue Methode der Amputatio cruris osteoplastica.

Deutsche Zeitschr. f. Chir. 92. Bd. 4.—6. H., p. 497.

Verf. beschreibt an Hand von Krankengeschichten eine neue Modifikation der Bierschen osteoplastischen Amputation, die technisch leicht sein soll und sichere gute Resultate, d. h. tragfähige Stümpfe, wie in allen angeführten Fällen, ergibt.

Die Hauptforderung, um einen tragfähigen Stumpf zu erreichen, ist: die Knochenwunde muss mit natürlichem Knochen gedeckt werden.

Dieses ist auch bei der Hafterschen Modifikation der Fall.

Die Fibula wird tiefer durchsägt als die Tibia. Das Periost an beiden hochgeschlagen und manschettenartig zurückpräpariert.

In der Höhe des Tibiastumpfes wird aus der Fibula ein Keil mit der Basis zur Tibia zu herausgeschlagen. Die Fibula umgeknickt und das Stück, um das sie länger ist als die Tibia, auf letztere als Deckel geklappt. Vernähen beider Periostmanschetten miteinander. Der Knochendeckel wird auch noch durch Nähte an das Periost der Tibia fixiert.

Der Verband wird 3—4 Wochen belassen. Darauf werden langsam Gehübungen vorgenommen. Erst etwa 5 Wochen nach der Operation wird eine Prothese benutzt.

Zum Schluss spricht Verf. die Hoffnung aus, dass diese Operation auch statt einer Exarticulatio pedis, wenn ein Pirogoff nicht gemacht werden kann, im unteren Drittel des Unterschenkels zur Anwendung kommen möge.

Manhold-Heidelberg.

45) **H. Hilgenreiner.** „Die traumatische Lösung der unteren Femurepiphyse."

Bruns Beiträge z. klin. Chir. 63. Bd. 1. H. p. 102.

In einer umfassenden Studie bespricht Verf. an der Hand von 6 einschlägigen Fällen aus der chirurg. Klinik in Prag aus-



führlich die Anatomie der unteren Femurepiphyse, die Ätiologie, Pathologie und Therapie der traumat. Lösung dieser Epiphyse. Zum Schluss folgt eine Aufzählung von 200 in der Literatur bekannten Fällen.

Das ziemlich häufige Vorkommen dieser Verletzung erklärt sich durch die günstigen anatom. Bedingungen (Grösse der Epiphysenlinie, späte Verwachsung mit der Diaphyse, extrakapsuläre Lage und feste Verbindung durch Bänder mit der Tibia). Sie kommt daher auch meist auf indirektem Wege durch Hebelwirkung der Tibia zustande, am häufigsten durch Hyperextension im Kniegelenk, seltener Abduktion, Adduktion oder Torsion. Reine Epiphysenlösung ist selten, häufiger ist sie mit Fraktur in der Diaphyse kombiniert, die vollständigen überwiegen die unvollständigen, wobei unter den vollständigen die Verlagerung der Epiphyse nach vorne die Regel bildet, wodurch oft schwere Komplikationen von Seite der Poplitealgefässe bedingt sein können. Therapeutisch muss in 1. Linie eine möglichst genaue Adaption der Epiphyse an die Diaphyse angestrebt werden. Dieselbe kann in typischen Fällen mitunter leicht erzielt werden durch Zug und Druck in forcierter Beugung des Kniegelenks, mitunter können unüberwindliche Hindernisse blutige Reposition nötig machen. Die Komplikationen erfordern je nach Art weitere chirurg. Eingriffe — (primäre und sekundäre Amputation ziemlich häufig).

Balsch-Heidelberg.

46) **A. Andò.** Delle alterazioni anatomiche ed istologiche in un caso di artrite deformante del ginocchio.

Il Policlinico, Sez. chir. 1909, fasc. 3.

Die in dem untersuchten Fall angetroffenen histologischen Läsionen sind:

1. Vermehrung der Endothelschichten und fibröse Verdickung der Kapsel.

2. Anwesenheit von spongiösen Knochenkernen in der Kapsel entstanden durch neoplastische Verknöcherung von Knorpelknötchen der Kapsel.

3. Rarefaktion der spongiösen Knochensubstanz durch lakunäre Resorption der Knochentrabekel und fibröse und schleimige Umwandlung des intratrabekulären Markgewebes.

4. Verdichtung des spongiösen Knochengerüstes und Osteosklerose.

5. Bildung von Schleimgewebe enthaltenden Höhlen in der Dicke der spongiösen Substanz durch Resorption der Knochentrabekel.



6. Progressive und regressive Prozesse in dem Knorpel, wie Verschwinden des Gelenkknorpels, Verdickung des Deckgelenkknorpels, Unregelmässigkeiten seiner unteren Grenze, Vertiefen ganz kleiner Knorpelinseln in den oberflächlichen Teil der epiphysären Knochensubstanz. **Buccheri**-Palermo.

47) **N. Moeller** (Brüssel). Un cas de déformation osseuse très accentuée — Malformation congénitale osseuse du pied — Un cas de luxation pubienne.

Presse médicale Belge — 23. Mai 1909.

Der V. hat diese 3 Fälle in der „Société médico-chirurgicale du Brabant“ vorgestellt. Der erste betrifft ein 7 Jahre altes Mädchen: der rechte Humerus und der rechte Oberschenkel sind stark gebeugt, der linke Oberschenkel ebenfalls, aber nicht so sehr wie der rechte. Die Vorderarme und die Beine sind normal. Rachitis oder Osteomalacie?

Delcourt nimmt an, dass es sich in diesem Fall um Osteomalacie handelt, wenn die Entscheidung zwischen diesen 2 Krankheiten auch schwer ist, weil sie beide vielleicht nur eine und dieselbe Sache sind. Keiffer bringt einen Fall von Osteomalacie, in welchem die Ovarien extirpirt waren: diese Ovarien enthielten suprarenales Gewebe.

Der zweite Fall Moellers betrifft eine Schiefstellung der 5. Zehe. Die 4. und 5. Ossa metatarsi sind zusammengeschmolzen und dafür ist die 5. Zehe schräg implantiert.

Der dritte Fall des V. betrifft eine Hüftverrenkung nach vorn, in welcher das gewöhnliche Repositions-Verfahren, auch in Narkose, vergeblich war; die Reposition ist sehr leicht gelungen mittels einer Ziehung in der Axe des Gliedes mit Innenrotation kombiniert. **Kaisin**-Floreffe.

48) **Richarz** (Düsseldorf). Ein Fall von Luxatio pedis sub talo nach hinten.

Deutsche Zeitschr. f. Chir. 92. Bd. 4.—6. H., p. 417

Als Seltenheit teilt Verf. einen Fall von Luxatio pedis sub talo nach hinten ohne komplizierende Fraktur mit.

Der Entstehungsmechanismus der Verletzung liess sich nicht eruieren. Die talokruralen Bänder waren gut ausgebildet, sowie das ganze Fussgewölbe.

Die Ätiologie dieser Verrenkungen ist im allgemeinen noch nicht klargestellt. **Manhold**-Heidelberg.



49) **Key** (Stockholm). Ein Fall von Operation wegen Talusfraktur.

Deutsche Zeitschr. f. Chir. 98. Bd. 6. H. p. 572.

Verf. teilt einen Fall von Fraktur des Talus zwischen Corpus und Collum mit Rotation des Corpus mit, sodass die Bruchfläche nach unten kam, der durch Operation (Vereinigung durch eiserne Schraube) mit guter Fragmentstellung und Funktion zur Heilung gelangte. Die operative Therapie der Talusfrakturen besonders bei Dislokation der Fragmente wird in neuerer Zeit von vielen Autoren empfohlen.

Balsch - Heidelberg.

50) **Subbotitch** (Belgrad). Zur Kenntnis der Luxationen im Lisfrancschen Gelenk.

Deutsche Zeitschr. f. Chir. 92. Bd. 4.—6. H. p. 573.

Verf. teilt einen Fall von seitlicher Verschiebung und Fraktur des II. Metatarsus mit.

Die Reposition gelang nicht (wegen der Verhakung des Capitulum metatarsi I), die blutige Reposition wurde unterlassen. Nach 3 Jahren war ein leidlich gutes funktionelles Resultat der unbehandelten Luxation vorhanden. Ein starker Plattfuss hat sich ausgebildet, macht aber keine Beschwerden.

Manhold - Heidelberg.

51) **Lengfellner** (Berlin). Die wissenschaftlichen Prinzipien bei der Herstellung von Schuhwerk mit Berücksichtigung von Jugend- und Militärschuhwerk.

Zeitschr. f. orthop. Chir. XX. Bd. S. 278.

L. fordert für das Schuhwerk einen individuell geformten Leisten, den er nach dem Gipsabguss des Fusses anfertigt. Das Fussgewölbe muss entsprechend ausmodelliert und der Leisten um ca. 1½ cm länger gehalten werden als der Gipsabguss. Auf diesem korrigierten Leisten wird auch das Schuhgewölbe, welches den Fuss stützt, gewalkt. Die Fersenpartie mit Absatz soll fest, aber nicht zu schwer sein, die Spitze bequem und völlig; sie kann trotzdem eine gefällige Form haben. Die Achse des Stiefels braucht keineswegs nach einwärts zu gehen, sondern die Richtungslinie des Fusses selbst ist dabei massgebend. Bei Kindern kommt es noch mehr auf gut sitzendes Schuhwerk an, da der nachgiebige kindliche Fuss sich leichter deformiert. Auch hier ist das richtig konstruierte Schuhgewölbe am Platze, da sich über diesem am ersten das korrekte Fussgewölbe aus dem in frühester Jugend platten Fusse entwickelt



Auch beim Militärschuhwerk muss die Schuhwölbung Berücksichtigung finden, auch ist der bisher gebrauchte Stiefel viel schwerer und plumper als nötig und nützlich ist.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

52) **Conteaud.** Étude sur l'orteil en marteau. (Studie über die Hammerzehe.)

Revue de chirurgie. 38. Bd. Nr. 7. S. 68.

Die Entwicklung der Hammerzehe sah C. nur bei der zweiten Zehe eintreten und zwar vorwiegend im zweiten Gelenk, manchmal auch in beiden. Als Ursache glaubt er für die Europäer einzig und allein zu enges und zu kurzes Schuhwerk annehmen zu müssen, da er bei solchen Individuen, die immer barfuss gehen, spez. auch bei wilden Völkern nie eine Hammerzehe antraf. Eine Ausnahme in der Beziehung machen die Eingeborenen der Hochebenen von Madagaskar, bei denen Verf. diese Missbildung sehr häufig fand, ebenso wie auch andersartige Deformitäten. C. glaubt, dass die hier weit verbreitete Lues wohl als Ursache in Betracht zu ziehen sei. Therapeutisch kommt man bei Kindern mit der Anlegung von Bandagen, die die Zehe redressieren, aus. Bei Erwachsenen genügt in leichteren Fällen die keilförmige Osteotomie der Phalangen. Bei schwereren Veränderungen empfiehlt Verfasser die keilförmige Resektion der Phalangen mittels der Giglischen Säge und die Tenotomie der Extensoren und Flexoren zu kombinieren. Das nach Lage der Sache angewandte Operationsverfahren brachte in 8 Fällen bei 5 Pat. gute Resultate. **Ottendorff-Hamburg-Altona.**

Kongressberichte, Vereinsnachrichten etc.

53) **L. Mencière** (Reines). Modelage par évidement des os et des articulations.

XXI. Congrès français de Chirurgie. 5.—10. X. 08.

M. ist kein Anhänger der unblutigen Behandlung des Klumpfusses. Schon bei kleinen Kindern zieht er die Aushöhlung des Talus, eventuell auch des Kalkaneus und Kuboid vor; bei den einige Monate alten Kindern geht er subkutan vor, später offen. Bei älteren Patienten wird die Tarsektomie gemacht, und zwar wird nur Kopf und Hals des Talus reseziert, der Körper dagegen ausgehöhlt und dann der Fuss modelliert. — Kurzer Bericht über 66 Fälle. —



Viermal hat M. bei traumatischen Klump- und Plattfüssen nach Malleolarfraktur durch partielle Resektion des Talus, Aushöhlung und Modellierung gute Stellung und gute Funktion des Fusses erzielt. Ebenso bei zwei versteiften Klumphänden (nach Fraktur und Lähmung) durch Evidement der Handwurzelknochen.

Ewald-Hamburg.

54) **Partsch.** Breslauer chirurgische Gesellschaft. 8. II. 1909.

Berl. klin. Woch. 1909. Nr. 10. p. 467.

Ueber Folgezustände nach Osteomyelitis.

1. Ein dreizehnjähriger Knabe bekam eine Osteomyelitis am oberen Ende der Humerusdiaphyse, die von der Epiphyse gelöst wurde. Im Verlauf mehrerer Jahre stiessen sich einzelne Sequester ab, die operativ entfernt wurden (1899—1906). Die Diaphyse heilte mit der Epiphyse ohne Verkürzung und ohne nennenswerte Bewegungsstörung,

2. Einem zwölfjährigen Knaben wurde nach Osteomyelitis der Tibia ein 16 cm langer Sequester der Diaphyse entfernt. Da keine Knochenlade vorhanden war, sondern nur Periostverdickung, musste die Länge des Unterschenkels mittels eines Extensionsverbandes bewahrt werden. Heilung der Wunde, aber Pseudarthrosenbildung. Daher Implantation eines 10 cm langen Periostknochenstücks aus der Ulna. 5 Monate später zeigte sich das eingesetzte Knochenstück zwar sequestriert, doch war jetzt feste Konsolidation eingetreten. Später konnte eine annähernd normale Tibia radiographisch nachgewiesen werden.

3. Bei dem elfjährigen Knaben hatte sich nach einer Osteomyelitis des Unterschenkels eine starke Deformität desselben, sowie hochgradige Versteifung in Flexion an Knie- und Sprunggelenk herausgebildet, die einen Gebrauch des Beins ganz unmöglich machten. Nach Entfernung mehrerer Sequester quere Durchmeisselung der Tibia und Ausgleichung der Abknickung und der Einwärtsdrehung. Anbandagieren des Unterschenkels an den Oberschenkel mittels Gipsverband. In Etappen wird dann das Knie gestreckt und der Spitzfuss redressiert. Nach ca. 8 Monaten sind alle Wunden geschlossen, das Kniegelenk ist frei beweglich, der Fuss steht rechtwinklig und der Gang ist nur ganz leicht hinkend. Verkürzung von 1 cm.

In der Diskussion weist Coenen auf die Reichelsche Knochenplastik bei der Tibiapseudarthrose hin, die ein sicheres Verfahren darstelle (gestielter Haut-Periostknochenlappen aus der gesunden Tibia!).



Tietze bemerkt, dass sich bei Säuglingen und jugendlichen Individuen die Osteomyelitis gern an der Epiphysenlinie lokalisiere, woraus sich fast immer eine hochgradige Wachstumshemmung ergebe. Bezüglich der Knochenplastik erwähnt er die schönen Ergebnisse, die Lexer mit der Einheilung selbst grösserer Knochenabschnitte bei freier Plastik erhalten habe. Knorpel und Periost scheinen in hohem Grade lebensfähig zu bleiben.

Küttner ist ebenfalls überrascht, dass in dem einen vorgestellten Fall die Verkürzung vollkommen fehlt. **Ewald**-Hamburg.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. Dr. **O. Vulpius** in Heidelberg, Luisenstr. 1—3, oder an die Verlagsbuchhandlung **S. Karger** in Berlin NW 6, Karlstr. 15, einsenden.



Zentralblatt

für

Chirurgische und mechanische Orthopädie

einschliesslich der gesamten Heilgymnastik und Massage.

Redigiert von
Prof. Dr. O. Vulpius
in Heidelberg.

Verlag von
S. Karger in Berlin
NW., Karlstrasse 15.

Monatlich erscheint ein Heft im Umfang von 48 Seiten. Preis des Jahrgangs Mk. 15,—. Zu beziehen durch die Post und durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes.

Bd. III. **Dezember 1909.** **Heft 12.**

Ein Spondylitis-Stützkorsett mit neu konstruiertem Vorderteile*).

Von

Dr. EUGEN KOPITS, Privatdozent für Orthopädie,
Budapest.

Bei der Konstruktion von für Behandlung der tuberkulösen Wirbelsäule dienenden Korsetts müssen wir die präziseste Fixierung und Entlastung des Rückgrats als wichtigste Aufgabe betrachten; jedoch müssen wir dieser unserer Aufgabe in der Weise entsprechen, dass die Brust- und Bauchorgane durch den Apparat möglichst wenig in ihrer Tätigkeit gestört werden. Das von Prof. Dollinger konstruierte Korsett fixiert vorzüglich dadurch, dass es den Brustkorb vorne oben am Rande des Brustbeines stützt und gleichzeitig den in dem unteren Teile der Wirbelsäule befindlichen kranken Herd von dem Druck der Körperschwere entlastet. Das Stützen der Wirbelsäule bei der Entzündung ihrer oberen Teile kann natürlich nur dann erreicht werden, wenn wir mit dem Apparate bis zum Kopfe hinauf gehen. Die Konstruktion des zu demonstrierenden Korsetts entspricht in dieser Beziehung vollkommen dem Dollinger'schen; indessen weicht die Konstruktion des vorderen Teiles resp. die Art und Weise der Verbindung des vorderen und hinteren Teiles, davon ab.

*) Demonstriert in der orthopädischen Sektion des XVI. Internationalen Aerzte-Kongresses 1909 zu Budapest.



Die Konstruktion des, nach genauem Gypsabdrucke hergestellten, vollständig zerlegbaren, aus einem vorderen und hinteren Teile bestehenden Korsetts ist die Folgende (Fig. 1 u. 2): die zwei Platten

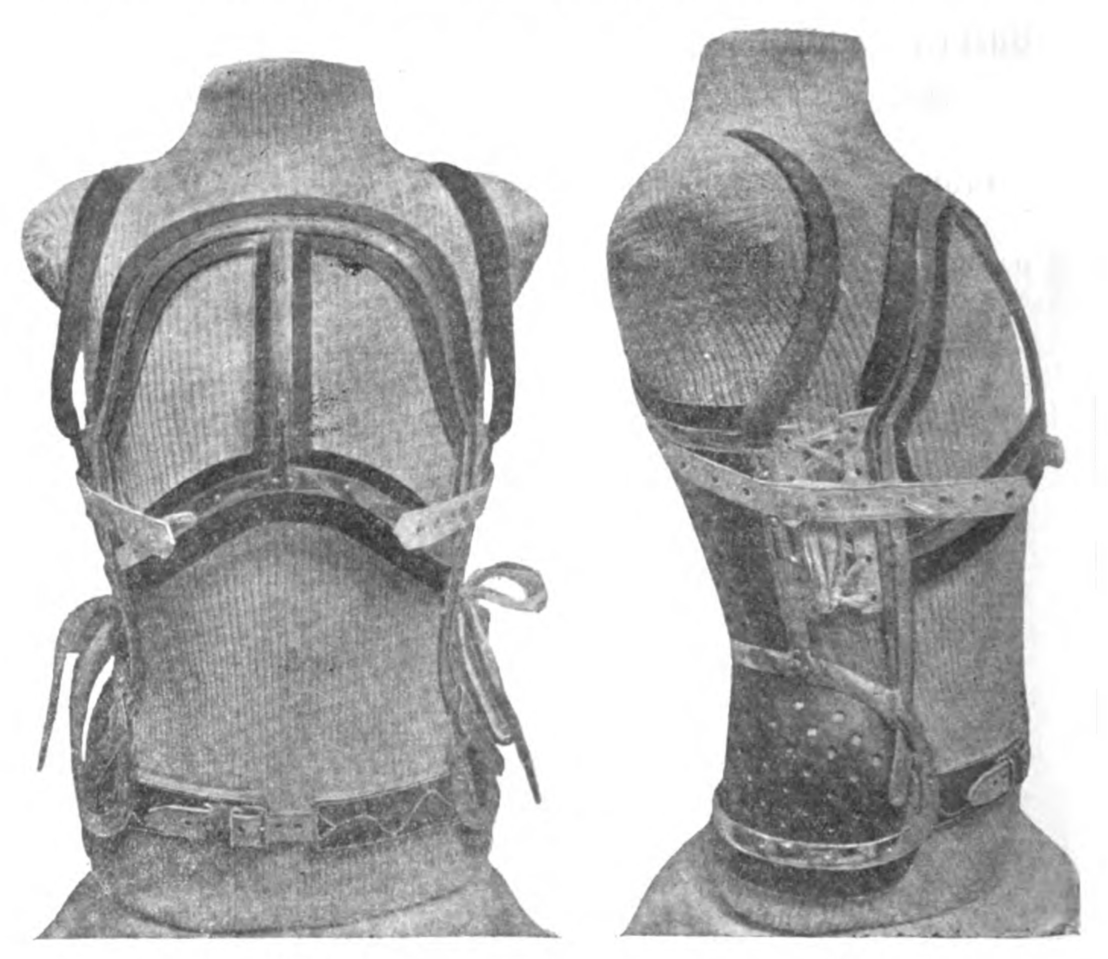


Fig 1. Fig. 2.

des Hinterteiles des Korsetts sind in der Mittellinie des Rumpfes durch ein 2 cm breites Leinwandband verbunden. Die mit dem Rückgrat parallel laufenden zwei Längsschienen bez. Lederplatten schmiegen sich in ihrer Biegung der Erhöhung des schon vorhandenen Gibbus genau an. Die einzelnen Platten bedecken beide Hälften des Rückens, nach oben zur Mitte der Schulterblätter, nach abwärts 2—3 cm über der Spitze der Trochanteren, nach vorn zu erstrecken sie sich bis zur vorderen Achsellinie (bei Erwachsenen bis zur mittleren), jedoch nur bis zu den Cristae ilei; von da erstrecken sie sich nach vorne bis zu den Spinae ant. sup., unter welchen sie schief in der Linie des unteren Randes des Korsetts hinunterlaufen. Ich halte es für sehr wichtig, dass das Korsett

auf dem Becken eine gute Stütze finde, deshalb lasse ich den Beckenteil des Korsetts so herstellen, damit er die Cristae ilei bis zu den Spinae ant. sup. vollständig bedecken soll. Die harten Lederplatten werden durch an ihren Rändern angenietete halbrunde Stahlschienen in ihrer ursprünglichen Form gehalten.

Der vordere Teil des Korsetts besteht nur aus Schienen, unter welchen beiderseits je 1 cm breiter Rand von dem an die Schienen angenieteten Leder sichtbar ist. Die obere Kontur dieses vorderen Teiles wird von der bogenförmig laufenden Schiene gebildet, deren höchster Punkt sich bis zur Incisura jugularis manubrii sterni erstreckt. Von da läuft die Schiene in einer flach gebogenen Richtung, zu beiden Seiten in der Höhe der horizontalen Mamillarlinie in die obere Kontur des hinteren Teiles des Korsetts. Die beiden Seitenschienen ziehen sich in der vorderen Axillarlinie bis zu jenem Punkte der oberen Schiene des aus dem hinteren Teile nach vorne reichenden Beckenteiles in gerader Linie bis zu ihrem Kreuzungspunkte herab; hier biegen sie sich ein wenig nach auswärts und lassen sich in die, an der Beckenschiene angebrachte brückenförmige Schleife einstecken. Durch diese Konstruktion wird der vordere Teil des Korsetts mit dem hinteren Teile fest verbunden und dadurch wird gleichzeitig der vordere Teil sicher an seiner Stelle gehalten. In der Höhe des Proc. xiphoideus läuft quer und parallel mit der oberen Schiene noch eine bogenförmige Befestigungsschiene und eine der Mittellinie des Brustbeines entsprechende, welche die beiden Bogenschienen zusammen hält.

Die Stütze des Rumpfes geschieht mittelst der fest anliegenden oberen bogenförmigen und mit der oberen Hälfte der über dem Brustbeine laufenden Schiene, während die untere Querschiene, sowie die untere Hälfte der erwähnten Längsschiene von dem Rumpfe soweit wegsteht, dass der Brustkorb sie nur bei der tiefsten Einatmung berührt. Ausser dieser Stütze sind an dem oberen Teil der Seitenschiene des hinteren Teiles die bekannten Dollinger'schen Schulterhalter angebracht, deren über den Rücken gekreuzte Bänder an dem entsprechenden Orte des vorderen Teiles des Korsetts, mit Hafteln befestigt sind.

Die Beckenstücke des hinteren Teiles werden blos durch einen in der Höhe der Spinae ant. sup. befindlichen, mit Schnallen versehenen Riemen festgehalten, infolge dessen der Bauch vollkommen unbedeckt bleibt.

Bei Spondylitis - Korsetts mit Kopfhalter wende ich zur Befestigung des vorderen Teiles dieselbe Methode an. Weil das



Kopfstück des Apparates das Einstecken der Seitenschienen erschwert, befestige ich an der oberen Schiene des Beckenstückes, mit einer Schrauben-Vorrichtung die hinaus ragende Seitenschiene des vorderen Teiles. Das Kopfstück des Apparates besteht aus dem unter Kinn und dem Hinterhaupte anliegenden, zu beiden Seiten verknüpfbaren, flachen Ringe, nur bei der Entzündung zwischen dem Atlas und Epistropheus, resp. Occiput umfasst dieses Kopfstück plastisch Kinn und Hinterhaupt.

Den Vorteil in den Korsetts solcher Konstruktion finde ich in Folgendem: dadurch, dass der vordere Teil mit dem hinteren in der Weise verbunden ist, bildet der Apparat, sogar ohne Zusammenschnürung, ein Ganzes. Das Verbleiben des vorderen Teiles des Korsetts an dem gewünschten Orte wird nicht durch die enge Zusammenschnürung des vorderen und hinteren Teiles erreicht. Dem ist zuzuschreiben, dass eine enge Zusammenschnürung des vorderen und hinteren Teiles nicht notwendig ist, und dadurch, dass nur die obere Bogenschiene und der obere Teil der Längsschiene an dem Brustkorb sich eng anschliesst, während die untere Bogenschiene davon weit wegsteht, ist auch die Hebung des Brustkorbes bei der Atmung eine freiere, und der Bauch, der vollkommen freigelassen ist, in den Bewegungen bleibt überhaupt ungestört.

Schwalbe. Die Morphologie der Missbildungen des Menschen und der Tiere.

III. Teil: Die Einzelmissbildungen. 1. Lieferung. Jena 1909. Gustav Fischer.

Um einen raschen Abschluss des gross angelegten Werkes zu ermöglichen, sind die einzelnen Kapitel des speziellen Teiles an verschiedene Mitarbeiter verteilt worden. Die vorliegende 1. Lieferung bringt u. a. „Die Missbildungen der äusseren Form" von Schwalbe und Kermauner, darunter als besonders interessant für den Orthopäden die Spina bifida. **Vulpius**-Heidelberg.

Wullstein und Wilms. Lehrbuch der Chirurgie.

2 Bände mit 946 zum Teil mehrfarbigen Abbildungen und 5 Tafeln. Jena 1909. Gustav Fischer. Preis 25,50 Mk.

Das Buch liegt nach Ueberwindung einer redaktionellen Schwierigkeit nunmehr vollendet vor.

Die Anordnung des Stoffes weicht insofern von der üblichen ab, als die Extremitätenchirurgie nicht nach topographischen Gesichtspunkten, sondern nach Organ-Erkrankungen abgehandelt wird.



Es werden also getrennt besprochen: die Weichteilerkrankungen, die Affektionen der Knochen und Gelenke und von diesen wieder zusammengefasst die Verletzungen, die Krankheiten, die angeborenen und erworbenen Deformitäten.

Die Durchführung dieser Trennung ist natürlich nicht ganz leicht, zumal die einzelnen Kapitel von verschiedenen Autoren bearbeitet wurden.

So hat Lange „Die Deformitäten der Extremitäten" geschrieben, Wilms einige Seiten über „Missbildungen der Extremitäten" hinzugefügt und Payr „Die Erkrankungen der Knochen und Gelenke" geliefert.

Ob eine solche Trennung zweckdienlich ist, scheint dem Ref. fraglich.

Die Darstellung ist nach Möglichkeit knapp und durch verschiedenartigen Druck besonders übersichtlich.

Unter den zahlreichen Figuren befinden sich sehr viele Originale. Die Ausstattung ist hinsichtlich Wort wie Bild vorzüglich.

Vulpius-Heidelberg.

E. Sommer (Zürich). Röntgentaschenbuch.

II. Band. Mit 125 Illustrationen.

Leipzig 1909. Otto Nemnich. Preis 4,50 Mk.

Der Röntgenkalender hat beim zweiten Erscheinen den Namen geändert und mit Recht. Er will keine Jahresblüte sein, die mit dem Jahresschluss der Vergessenheit anheimfällt, sondern ein handliches Nachschlagebuch, das neben einer Reihe kurzer Originalarbeiten (diesmal über 20 Nummern) Mitteilungen technischer Natur bringt.

Ein solcher Jahresbericht, der auch praktische Fragen wie z. B. die Honorarregulierung umfasst, ist gewiss eine willkommene Bereicherung der Röntgen-Literatur. **Vulpius**-Heidelberg.

---

1) **Müller.** Verhältnis der mechanischen zur orthopädischen Chirurgie.

Deutsche Medizinalzeitung 1909, Nr. 44.

Verf. legt an 3 Beispielen aus der orthopädischen Praxis den Nutzen der mechanischen Therapie dar, wie dieselbe u. U. eine Operation, die unter gewissen Voraussetzungen nicht ausführbar ist, ersetzt, (Fall einer Pseudarthrose nach Schenkelhalsfraktur bei einer alten, sehr fettreichen Frau), oder wie die mechanische The-



rapie die chirurgisch-orthopädische unterstützt (Fall einer angeborenen Hüftluxation, die nach Einrenkung wegen sehr flachen Pfannendaches Neigung zur Reluxation zeigte, weswegen ein Trochanterbügel verordnet wurde); ausserdem gibt es Fälle in der Praxis, bei denen man sowohl auf mechanischem wie auf operativem Wege zum Ziele gelangt, und wo der Patient zu entscheiden hat (Fall einer Pseudrathrosis Tibiae, wo der Pat. eine Operation ablehnte, und der durch Tragen eines Schienenhülsenapparats zur Heilung gelangte.)

Meyer-Heidelberg.

2) **J. Péteri** und **G. Singer** (Budapest). Fall von Myositis ossificans progressiva.

Orvosi Hetilap 1909. Nr. 3.

Der Kranke, ein 4jähriger Knabe, kam im Budapester Kinderspitale des Prof. J. v. Bokay in Beobachtung. Die hervorragendsten Veränderungen fanden sich am Hals und am Nacken. Die ganze Muskulatur des Nackens bildete einen grossen, knochenharten Panzer mit knolligen Erhebungen; in beiden Mm. sterneocleido-mastoidei fanden sich schmale, knochenharte Stränge.

Entsprechend den Mm. pectorales maiores und minores waren ebenfalls flache Knochenplatten zu fühlen. Diese einzelnen Knochenherde wurden durch ein Knochengeäste mit einander, den Schulterblättern und den Darmbeinkämmen verbunden.

Knochenherde konnten ausserdem noch in den Mm. frontales, im M. biceps und brachialis int. beiderseits, stellenweise in der Muskulatur der Schenkel nachgewiesen werden.

P. und S. besprechen an der Hand dieses Falles eingehend die klinische Symptomatologie der Erkrankung; jederlei Heilbestrebung ist unfruchtbar.

E. Gergö-Budapest.

3) **Orgler.** Der gegenwärtige Stand der Rachitistherapie.

Zeitschr. für physikal. und diätetische Therapie Bd. 13. H. 1. 09.

Verf. fasst die Rachitis lediglich als Erkrankung des Knochensystems auf, deren Zustandekommen vor allen Dingen von einer Ernährungsstörung und auch von einer hereditären Disposition abhängig ist. Deshalb ist die Prophylaxe die Hauptsache: „Jede Uebereruährung vermeiden und ebenso jede einseitige Ernährung. Wo eine solche besteht, sie nach Möglichkeit korrigieren, ohne dabei in das andere Extrem zu verfallen.“ 5 Mahlzeiten in 24 Stunden sind ausreichend. Z. B. wird man beim Auftreten von Rachitis bei Brustkindern eine Brustmahlzeit durch eine Mahlzeit mit Fleischbrühe und Gries und etwas Gemüse ersetzen.



Einen grossen Einfluss hat nach Verf. Ansicht ebenfalls Licht und Luft, dagegen wird der Leberthran vielleicht nur in mittelschweren Fällen die R. günstig beeinflussen, in schweren versagt er. Von einer günstigen Wirkung der Salzbäder ist Verf. nicht überzeugt. Er empfiehlt zur Kräftigung der Rückenmuskulatur die Kinder 2—3 mal täglich auf den Bauch zu legen und sie kräftige Bewegungen machen zu lassen. Für höhere Grade der Kyphose ist die Rauchfusssche Schwebe zu empfehlen. Man soll nicht vergessen, die Mutter auf das Schädliche des Tragens der Kinder auf einem Arm aufmerksam zu machen. **Meyer**-Heidelberg.

4) **B. Purjesz** (Kolozsvár). Die Adrenalinbehandlung bei der Osteomalacie.

Orvosi Hetilap 1909. Nr. 18.

P. berichtet über 2 Kranke mit Osteomalacie, bei denen er eine Adrenalinkur versuchte. Adrenalin wurde in Dosen von 0,0001, bezw. 0,0002 gr. subcutan gegeben. In einem Falle trat Besserung ein, in dem andern zeigte sich in dem Befinden des Kranken auch nach Verabreichung von 0,0003 grm. Adrenalin keine Änderung. Der letztere Kranke bekam später Phosphor und kann nun gehen.

Wieweit im letzteren Falle die Besserung der Adrenalin-, und wieweit der Phosphorbehandlung zuzuschreiben ist, wäre schwer zu entscheiden. **E. Gergö**-Budadest.

5) **Schlichthorst.** Eignen sich die deutschen Nordseeinseln für die Fälle chirurgischer Tuberkulose im Kindesalter.

Zeitschr. f. Krüppelfürsorge. Bd. I, H. 4.

Verf. konnte auf Norderney die interessante Tatsache konstatieren, dass nur die Kinder von Eltern, die vom Festlande stammen, an Tuberkulose erkrankten, während die reinen Insulanerfamilien frei blieben. An 49 Fällen chirurgischer Tuberkulose 45 Fälle von Lymphdrüsen — und 4 von Knochen- und Gelenktuberkulose — hat Verf. ausserordentlich günstige Erfahrungen gemacht. Bis auf ein Kind sind sämtliche Kinder völlig geheilt worden. **Meyer**-Heidelberg.

6) **E. Wein** (Budapest). Erfahrungen mit dem Marmorek'schen Antituberkulose-Serum.

Orvosi Hetilap 1909. Nr. 6—8.

Die Schlussfolgerungen W.'s sind folgende:

1. Das Marmorek'sche Serum ist das hervorragendste Spezifikum der Tuberkulose.



2. Die Wirkung des Serums beruht darauf, dass es die Giftprodukte der Tuberkelbazillen unschädlich macht, den Körper mit einem Worte entgiftet.

3. Die Folge der Entgiftung des Organismus ist das Freiwerden der Schutzkräfte des Organismus.

4. Diese automatische Reaktion kann in Folge der speziellen Verhältnisse der tuberkulösen Laesion zu entscheidendem Einflusse gelangen, sie kann ins Übermass wachsen und somit schädlich werden.

5. Aus diesem Grunde soll bei der Anwendung des Marmorek'schen Serums sorgtältig individualisiert werden, wobei in Betracht zu ziehen ist, dass das spezifische Mittel nur die Entgiftung des Organismus und des lokalen Herdes bewirkt, während die übrigen Aufgaben der Heilung dem Organismus zufallen.

6. Sonstige Hindernisse der Heilung zu bekämpfen, bildet eine weitere Aufgabe des Arztes. Durch die Anwendung des Marmorek'schen Serums erweitert sich das Gebiet der Chirurgie von neuem.

E. Gergö-Budapest.

7) **Brandenburg.** Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung des Fibrolysins auf das Narbengewebe.

Archiv für klinische Chirurgie 89. Bd. 1. H.

Auf Grund histologischer Untersuchungen kommt Verf. zu dem Schluss, dass das Fibrolysin experimentell keine dauernde Wirkung auf das Narbengewebe auszuüben vermag; es ist möglich, dass in dem Stadium der Hyperämisierung und Lymphdurchtränkung mit den kombinierten Methoden wie Massage, Uebungen, Heissluft etc. eine Dehnung der Narbe erzielt werden kann, deren Dauer fraglich ist, da keine Erweichung oder Auflösung der Bindegewebsfaser stattfindet. Verf. fasst das Resultat dahin zusammen, dass das Fibrolysin „im Grossen und Ganzen nicht nur wirkungslos ist, sondern dass es den Organismus empfindlich schädigt."

Meyer-Heidelberg.

8) **Weichsel.** Beobachtungen über die gonorrhoische Gelenkaffektion nebst Bemerkungen über die Polyarthritis rheumatica, dargestellt an der Hand der Krankengeschichten der Leipziger Universitätsklinik aus den Jahren 1904—1908.

Diss. Leipzig. 1909.

W. geht zunächst auf die einzelnen Formen der beiden Erkrankungen ein, schildert die Unterschiede zwischen beiden und bringt sodann an der Hand eines reichhaltigen Materials aus der



Leipziger Universitätsklinik eine Menge statistischer Daten, auf die ich in einem kurzen Raferat natürlich nicht näher eingehen kann. Der letzte Abschnitt der Arbeit ist der Therapie gewidmet, bei der aber W. nichts Neues bringt. **Blencke-Magdeburg.**

9) **Rosenthal.** Über Sehnenüberpflanzung bei zwei Fällen von zerebraler Kinderlähmung.

Diss. Leipzig 1909.

R. berichtet über zwei Fälle von typischer Kinderlähmung, bei denen man die Störungen an der oberen Extremität durch Sehnenverkürzungen bezw. -überpflanzungen zu beseitigen suchte. In dem ersten Fall bekam die Hand eine normale Stellung, es konnten ausgiebige Streckbewegungen der Hand und Finger ausgeführt werden, die Hand hatte sehr an Kraft gewonnen, und der Spasmus der Fingerbeuger war fast völlig verschwunden. Im zweiten Fall rechnete man auch trotz einer Hautnekrose, durch die die Nachbehandlung verzögert wurde, mit einem guten Erfolg.

Blencke-Magdeburg.

10) **Kempner.** Ein operierter Fall von Hirnzyste im Bereich der linken motorischen Region mit einem Ausblick auf die Operabilität der zerebralen Kinderlähmung.

Zeitschr. für Krüppelfürsorge Bd. 1. H. 3.

Ein mit gutem Erfolg operierter Fall von Hirnzyste im Bereich der linken motorischen Region gibt Verf. Veranlassung, etwaige Indikation für eine Operation der zerebralen Kinderlähmung aufzustellen: die Operation wäre zu versuchen bei Kindern, bei denen relativ spät (im 2. oder 3. Jahre) halbseitige Lähmung und Jacksonsche Anfälle auftreten, da die meisten zerebralen Kinderlähmungen Erkrankungen der Hirnrinde sind und es sich häufig um Zyste handelt. Schwachsinn bildet eine Kontraindikation, dagegen lange Dauer der Erkrankung nicht. **Meyer-Heidelberg.**

11) **Laqueur.** Erfahrungen mit neuen Methoden der maschinellen Atmungsgymnastik.

Medez. Klinik 1909, Nr. 20.

Verf. hat mit dem Borgheauschen Atmungsstuhl, dessen Wirksamkeit darauf beruht, dass durch den Druck zweier Pelotten, die den unteren Thoraxpartieen des im Lehnstuhl sitzenden Patienten anliegen, der Brustkorb während der Exspiration komprimiert und dadurch die Exspiration befördert und verstärkt wird, sehr gute



Erfahrungen gemacht. Fälle mit Tuberkulose eignen sich nicht für die Behandlung. Komplikationen mit Herzerkrankung sind im allgemeinen keine Kontraindikation. Ueber den Hofbauer'schen Apparat hat Verf. weniger Erfahrungen, doch bewährte er sich in geeigneten Fällen — keine Neurastheniker — gut. Er verlängert die Exspirationsphase durch Gewöhnung des Patienten, indem er bis zu einem bestimmten Klingelzeichen exspirieren muss, und verstärkt die Exspiration noch durch Empordrängung des Zwerchfells vermittels der Bauchpresse. Zur Behandlung kamen besonders Fälle von Asthma und Emphysem, ferner Nachbehandlung von pleuritischen Exsudaten sowie sich schwer lösender pneumonischer Infiltrate, von Thoraxretraktionen nach Empyemoperationen und dergl. mehr. **Meyer**-Heidelberg.

12) **Hofbauer.** Atmungsgymnastik beim Asthma bronchiale.
Zeitschr. für physik. und diät. Therapie. Bd. 13. H. 1. 09.

Verf. hat mit seinem Verfahren, durch verlängertes Exspirium die Lungenblähung zu behandeln, wodurch die asthmatischen Anfälle seltener wurden, gute Erfahrungen gemacht. Er teilt 4 instruktive Fälle mit, die bisher jeder sonstigen Behandlungsweise getrotzt hatten (operative Behandlung der Nase, Jodkali, Atropin, Morphin etc.). Das Verfahren besteht darin, dass der Patient lernt, das Exspirium ohne Kraftanwendung möglichst zu verlängern, das Inspirium jedoch zu verkürzen. Der Patient muss solange ausatmen, als das Läutewerk des Exspirators ertönt und einatmen, wenn dieses verstummt. Das Läutewerk ist durch einen bestimmten Mechanismus variabel und kann völlig dem individuellen Fall angepasst werden. **Meyer**-Heidelberg.

13) **Tietz.** Über Rückenmarksanästhesie.
Diss. Leipzig 1909.

In der Einleitung gibt T. einen Bericht von der Geschichte der Rückenmarksanästhesie und führt die bis jetzt zur Herbeiführung derselben benutzten Mittel an. Nach seiner Meinung kann man eine Reihe von Nach- und Nebenwirkungen vermeiden, wenn etliche Vorschriften genau befolgt werden, und wenn die Technik als vollkommen bekannt vorausgesetzt werden kann. Verfasser berichtet von 190 Fällen der Lumbalanästhesie, von denen 24 mit Stovain und 164 mit Tropakokain ausgeführt wurden. In 2 Fällen setzte man dem Novokain noch Adrenalin hinzu, jedoch erreichte man das Gewünschte nicht. Von den ersten 24 verliefen 15 Fälle



glatt, einmal blieb die Haut empfindlich, während in der Tiefe keine Schmerzen empfunden wurden, in einem anderen Fall trat die Anästhesie erst nach $^1/_2$ Stunde ein. Bei den übrigen 9 Fällen wurde noch Chloroform angewandt. Von den 164 mit Tropakokain behandelten Fällen verliefen 146 glatt. In 3 Fällen versagte die Anästhesie vollkommen, in 9 Fällen musste am Ende der Operation noch Chloroform angewandt werden. In 4 Fällen pflanzte sich die Anästhesie nicht weit genug fort, in 2 Fällen musste trotz Eintritts völliger Anästhesie noch die Allgemeinnarkose gegeben werden, da die Patienten zu aufgeregt und unruhig waren. Verfasser bemerkt noch, dass bei allen Versagern der Liquor cerebrospinalis bei der Punktion des Lumbalsacks nur in geringem Masse ausgeflossen sei

Blencke-Magdeburg.

14) **Rosenfeld.** Die bayerische Krüppelzählung vom 10. Januar 1907.
Zeitschr. des K. Bayer. statischen Landesamts. Heft 1. 09.

Vorliegende Arbeit stellt einen Teil der grossen Krüppelstatistik dar, welche im Winter 06/07 auf Anregung des Deutschen Zentralvereins für Jugendfürsorge von den verbündeten Regierungen durchgeführt wurde. Die Zählung in Bayern ist durch die Lehrer geschehen und umfasst nur die schulpflichtigen Krüppel.

Die Bearbeitung des Verfassers ist nach folgenden Gesichtspunkten durchgeführt:

I. Krüppelhaftigkeit der Schulkinder im Verhältnis zur Bevölkerung:

Von 6 524 372 Einwohnern waren 9673 Krüppelkinder = 1,5 ‰ der Bevölkerung. Das prozentuale Verhältnis zu der Zählung im übrigen Deutschen Reich ist in Bayern 20 % höher, doch glaubt V. dieses Verhältnis durch die im Modus liegende grössere Genauigkeit erklären zu können. Der Prozentsatz der Krüppelhaftigkeit in den einzelnen Kreisen in Bayern ist nahezu gleich, nur die Grosstädte München und Nürnberg weisen ein besseres Verhältnis auf. Hier beträgt der Prozentsatz = 1,08 ‰.

II. Beteiligung der Geschlechter:

Die Krüppelhaftigkeit stellte sich bei schulpflichtigen Knaben um ein Fünftel häufiger ein als bei schulpflichtigen Mädchen.

III. Ursprung der Verkrüppelung:

Die Angaben der Zählkarten sind, als von Laien ausgefüllt, nicht immer einwandsfrei, doch berechnet V. das Krüppelleiden in 30 % angeboren und in 70 % erworben.

Angeboren ist das Leiden bei Knaben in 45 %, erworben



in 57 %, bei Mädchen ist das Leiden angeboren in 55 %, erworben in 43 %. Demnach ist die angeborene Krüppelhaftigkeit 10 % häufiger bei Mädchen, erworben 14 % häufiger bei Knaben.

IV. Sitz und Umfang der Krüppelleiden:

Schwere Verkrüppelung, d. h. Leiden, welche den ganzen Körper, eine Körperhälfte, alle 4 Extremitäten oder beide Hände und Arme betreffen, fand sich in 1078 Fällen = 11 %. Eine Behinderung im Gebrauche der Beine haben 5497 = 57 %, im Gebrauche der oberen Extremität 3019 = 31 %. Die Krüppelhaftigkeit betrifft rechte und linke Körperhälften nahezu gleichmässig, beide Körperhälften zusammen werden nur halb so häufig befallen, wie eine Seite für sich; ein viertelmal so häufig als eine Seite überhaupt.

V. Krankheitsformen des Krüppeltums:

Als Ursache der Verkrüppelung lag in 1928 Fällen = 1/5 der Fälle eine Krankheit des Nervensystems, in 3122 = 1/3 der Fälle eine Deformität, in 2205 = 1/5 der Fälle eine konstitutionelle Krankheit und in 2418 = 1/4 der Fälle eine Krankheitsform durch äussere Einflüsse vor.

VI. Häufigkeit der Krüppelleiden:

Sehr instruktive Übersicht. Am häufigsten sind folgende Leiden:

Angeborene Hüftluxation = 1289 Fälle. Erworbener Defekt von Fingern = 1022 Fälle, Poliomyelitis ant. = 1007 Fälle, Skoliose = 819 Fälle, Koxitis = 501 Fälle, Porencephalie = 434 Fälle, erworbene Kontraktur und Ankylose von Fingern = 399 Fälle, Verunstaltung nach Frakturen = 397 Fälle, Klumpfuss = 346 Fälle, Rhachitische Verkrümmungen = 304 Fälle, Spondylitis = 302 Fälle, Kniegelenks-Tuberkulose = 262 Fälle, multiple Knochentuberkulose = 239 Fälle, genu valgum = 173 Fälle, genu varum = 146 Fälle u. s. w.

VII. Spezielle Beobachtungen bei den einzelnen Krankheitsformen und geographische Verteilung der häufigsten Erkrankungen.

Diese Übersicht gibt sehr interessante Einzelheiten, die bei dem grossen Umfang des Materials zu lehrreichen Schlüssen führen, z. B. bei den 1289 Fällen von Hüftluxation fand sich das Leiden in 24 % bei Knaben, in 76 % bei Mädchen, doppelseitig war es in 20 %, einseitig in 80 %.

Während in Niederbayern und Unterfranken auf 100 000 Einwohner 8 Fälle kommen, zählt V. in Oberfranken auf



100 000 Einwohner 57 Fälle. V. erklärt dieses häufige Vorkommen mit der Grösse der Beimischung von slavischem Blut, da Böhmen bekanntlich eine grosse Anzahl dieses Leidens aufzuweisen hat.

V. schliesst seine interessanten Ausführungen mit dem Hinweis, dass die Übersicht über die einzelnen Krankheitsformen des Krüppeltums mit einwandfreier Klarheit zeige, dass die ärztliche und wissenschaftliche Seite der Krüppelfürsorge identisch ist mit dem Arbeitsgebiet der orthopädischen Chirurgie, die in erster Linie berufen und imstande ist, das Krüppelelend zu beseitigen. **Meyer**-Heidelberg.

15) **Dietrich.** Krüppelfürsorge und Staat.

Zeitschr. für Krüppelfürsorge Bd. 1. H. 3. 09.

(Fortsetzung und Schluss.)

Verf. gibt einen kurzen Ueberblick, was der Staat bisher für die Krüppelfürsorge geleistet hat. Durch die von Seiten des Deutschen Zentralvereins für Jugendfürsorge und des Krüppel- Heil- und Fürsorgevereins für Berlin-Brandenburg ausgehenden Anregungen wendet der Staat jetzt der Krüppelfürsorge seine Aufmerksamkeit zu, nachdem früher in Unkenntnis der speziellen Behandlungsfähigkeit und Heilbarkeit dieser Leiden, die Krüppel zu den Siechen und chronisch Pflegebedürftigen gezählt wurden. Ebenso haben die Zählkarten Licht in dieses bisher von Staats-Seite nur wenig berührte Gebiet gebracht. Der praktische Erfolg liegt darin, dass seit Jahresfrist 16 Krüppelheime in Vorbereitung sind.

Meyer-Heidelberg.

16) Staatliche oder private Krüppelfürsorge. Eine Umfrage.

Zeitschr. für Krüppelfürsorge Bd. II. H. I.

Die Redaktion hat bei einer Reihe von Fachleuten aus der Krüppelfürsorge eine Umfrage erlassen und die Antworten von 29 veröffentlicht. $^2/_3$ (19) der Antwortenden sind für private Krüppelfürsorge unter Mitwirkung und Aufsicht des Staates. 3 verlangen theoretisch zwar Staatshilfe, wollen aber private Fürsorge zulassen, 2 fordern private Anstalten, die später verstaatlicht werden sollen, 1 fordert für die Prophylaxe staatliche, für die rein fürsorgerische Tätigkeit private Hilfe, 1 will nur private Fürsorge und nur 3 verlangten bedingungslos staatliche Anstalten.

Meyer-Heidelberg.

17) Die Deutsche Vereinigung für Krüppelfürsorge.
Zeitschr. für Krüppelfürsorge Bd. 2. H. 1.

Bericht über die am 14. April d. J. stattgefundene konstituierende Versammlung der Vereinigung, an der 90 Personen teilnahmen, und in der **Biesalski** über den Umfang der Krüppelfürsorge referierte. Aus der statistischen Umfrage B's. sei erwähnt, dass in Deutschland an jugendlichen Krüppeln der armen Bevölkerung etwa 100000 vorhanden sind. Davon sind nach ärztlichem Urteil 56000 der Aufnahme in ein Krüppelheim bedürftig, 11000 haben selbst Aufnahme gewünscht, dagegen sind in 39 Heimen in Deutschland nur 3371 Betten vorhanden. Es warten auf Behandlung ca. 10000 Kinderlähmungen, darunter 2000 im Alter unter 6 Jahren, 10000 Knochen- und Gelenktuberkulosen, 6500 angeborene Hüftverrenkungen, darunter 1000, die nicht 6 Jahre alt sind, 400 Schlottergelenke mit 100 Kindern unter 6 Jahren. Auch B. empfiehlt einen Ausbau der poliklinischen ambulanten Behandlung neben der klinischen.

In den Ausschuss wurden 48 Personen, die mit der Krüppelfürsorge in enger Verbindung stehen, gewählt.

Meyer-Heidelberg.

18) **Lange.** Ziele und Wege der ärztlichen Krüppelfürsorge.
Zeitschr. für Krüppelfürsorge Bd. 1. H. 4.

Poliklinisch können Plattfüsse behandelt werden, ebenso die verschiedenen Formen des runden Rückens wie der Skoliose. Er tritt für obligatorisches orthopädisches Turnen bei schiefen Schulkindern unter ärztlicher Aufsicht ein. Knochen- und Gelenktuberkulose eignen sich nur ganz im Beginn für poliklinische Behandlung. Um die Kosten klinischer Behandlung möglichst zu reduzieren, gebraucht Verf. reichlich die Gipsgehverbände, die mit Wasserglas verstärkt sind. Für Bandagen in der Armenpraxis eignen sich nach Verfs. Erfahrung Stahlschienenapparate und Apparate aus Zelluloidstahldraht. Verf. erreicht z. B. bei 90% seiner Patienten Dauerresultate. Prophylaxe ist zur Bekämpfung des Krüppelelends die Hauptsache, und deshalb verlangt Verf. energisch eine weitere Ausbildung des orthopädischen Unterrichts für die Studenten und Fortbildungskurse für die praktischen Aerzte. **Meyer**-Heidelberg.

19) **Schanz.** Die Kostenfrage in der Krüppelfürsorge.
Zeitschr. f. Krüppelfürsorge. Bd. I, H. 4.

Verf. berechnet die durchschnittlichen Kosten zur Ausbildung eines Krüppels bei 3jährigem Anstaltsaufenthalt auf 1200—1600 Mk.



Da jedoch nach den Erfahrungen in der Kopenhagener Anstalt nur 10% der klinischen Aufnahme bedürfen, während 90% poliklinisch mit einem durchschnittlichen Aufwand von 125 Mk. behandelt werden könnten, so ist nach Verf. Ansicht der Hauptwert auf eine poliklinische Tätigkeit im weitesten Sinne zu legen. Dadurch würde sich in Deutschland der durchschnittliche Betrag für eine Krüppelhilfe auf 200 Mk. ermässigen, eine Summe, die im Vergleich zu der durchweg klinischen Behandlung mit ihren Kosten bedeutend leichter zu erschwingen ist. **Meyer**-Heidelberg.

20) **Reichard.** Persönliche Erfahrungen.

Zeitschr. für Krüppelfürsorge Bd. II. H. 1.

In einer 8jährigen Tätigkeit an den Pfeifferschen Stiftungen in Cracau-Magdeburg hat Verf. 520 Kinder zu beobachten Gelegenheit gehabt, von denen 344 orthopädisch-chirurgisch zu behandeln waren. Bei ca. 140 von diesen Kindern konnte ein Heilverfahren nicht angewandt werden, da es aussichtslos erschien. Bei 136 hat Verf. eine grosse Anzahl von Operationen mit gutem Erfolg ausgeführt und die Kinder dadurch zum grössten Teil erwerbsfähig gemacht; Sehnenverpflanzungen und Plastiken 135, Redressements 130, Tenotomieen 65, Osteotomieen 16, Arthrodesen 26, Brisements 22, Amputationen und Exartikulationen 26. Resektionen 17, Knochen- bezw. Hautplastiken 5, Repositionen von Hüftluxationen 4, Operation des Schiefhalses 2, im ganzen 448 Operationen. Bei 68 Patienten wurde eine mechanisch-orthopädische Behandlung eingeleitet. Die Aufzählung zeigt, dass zur Behandlung der Krüppelkinder nur ein orthopädisch-chirurgisch geschulter Arzt berufen ist.

Meyer-Heidelberg.

21) **Wittek.** Bandagistenkurpfuscherei und Krüppelfürsorge.

Zeitschr. für Krüppelfürsorge Bd. 2. H. 1.

Verf. wendet sich gegen das Vorgehen der Bandagisten, die ohne ärztliche Vorschrift Bandagen anlegen, und zeigt auch in der von Laien gelesenen Zeitschrift, welcher Schaden durch die Vergeudung kostbarer Zeit den Kranken z. B. bei angeborener Hüftverrenkung zugefügt wird. Er glaubt, dass vor allen Dingen durch die praktischen Aerzte Abhilfe geschafft werden könne, wenn diese es vermeiden, den Bandagisten ihre Patienten zur Behandlung zu überweisen. Deshalb ist das Lehren der Orthopädie auf der Universität unbedingt erforderlich. **Meyer**-Heidelberg.



22) **Codivilla.** Krüppelfürsorge in Italien.

Zeitschr. für Krüppelfürsorge Bd. 1. H. 3 u. 4.

Ausgehend von den Instituten für Rachitiker ist die Krüppelfürsorge in Italien in relativ zahlreichen Anstalten z. T. als mustergültig zu bezeichnen. Verf. beschreibt das Institut und Schule für Rachitiker in Turin, Mailand, Genua, Mantua, Cremona, Bergamo, Brescia, Verona, Venedig, Padua und Modena und gibt dann einen kurzen Ueberblick über das äusserst interessante und sehenswerte Istituto Ortopedico Rizzoli in Bologna, das in jeder Beziehung als mustergültig und vorbildlich zu bezeichnen ist. Ein kleineres orthopädisches Institut besteht in Neapel. Ferner bestehen verschiedene Seebospize. Das erste moderne Krüppelheim in Italien wird sich an das Institut für Rachitiker in Mailand, das der ärztlichen Leitung Prof. Galeazzis untersteht, angliedern.

Meyer-Heidelberg.

23) **Loewy.** Beobachtungen und Untersuchungen an den Kindern der Hilfsschulklassen in Meiningen.

Diss. Leipzig 1909.

Den Orthopäden dürfte aus der vorliegenden Arbeit wohl hauptsächlich der Teil interessieren, in dem sich L. mit den Zeichen der Rachitis befasst, die er bei den untersuchten Schulkindern finden konnte. Verbiegungen des Sternum, Verkrümmungen der unteren Extremitäten, Deformitäten des Thorax und Verbiegungen der Wirbelsäule waren in 43,12 % der Fälle vorhanden und zwar kamen auf 18 Knaben = 56,25 % ihrer Gesamtzahl nur vier Mädchen oder 21,04 %. Wirbelsäulenverbiegungen fand L. in 19,6 % der Fälle und zwar handelte es sich meist um S-förmige Skoliosen und um Kyphosen an der Brust- und Lordosen an der Lendenwirbelsäule.

Blencke-Magdeburg.

24) **Blencke.** Ueber die Zweckmässigkeit sogenannter Sonderturnkurse bei Haltungsanomalien der Volksschulkinder.

Zeitschr. für Krüppelfürsorge Bd. 1. H. 4.

Verf. wendet sich in dieser auch von Laien gelesenen Zeitschrift energisch gegen den bekannten Erlass des Ministers, der auf Grund des Berichts über die „glänzenden“ Erfolge des Düsseldorfer Skoliosenschulturnens dieses zur Nachahmung empfiehlt. Auf Grund von 94 Antworten aus Kreisen der Orthopäden kommt er zu dem Schluss, dass Sonderturnkurse bei Haltungsanomalien und eventuell auch bei ganz leichten Skoliosen in Ambulatorien,



in orthopädischen Polikliniken, die den bestehenden Krankenhäusern angegliedert würden, eingerichtet werden müssten, die aber unbedingt unter der Leitung eines wohlausgebildeten Orthopäden stehen sollen. Die beigegebenen Hilfskräfte, wie Turnlehrer, müssten ebenfalls speziell ausgebildet sein, dürften natürlich aber nicht selbstständig behandeln. Das idealste wäre jedenfalls die Skoliosenschule.

Meyer-Heidelberg.

25) **I. Dollinger** (Budapest). Der abgerissene Musculus subscapularis als Repositionshindernis der Schulterluxation.

Orvosi Hetilap 1909 Nr. 7.

Die Kranke, ein 15 jähriges Mädchen, luxierte sich den rechten Oberarm vor 3 Wochen; die Reposition auf unblutigem Wege gelang weder mit der Kocherschen noch mit der Cooperschen Methode, auch nicht in Narkose.

Die blutige Reposition führte Dollinger nach seiner Methode aus; er drang mit einem Längsschnitt zwischen den Musc. pectoralis major und M. deltoideus vor. Es zeigte sich, dass der M. subscapularis vom Tuberculum maius abgerissen war, die Fossa glenoidalis bedeckte und auf diese Weise die Reposition verhindert hatte. Dollinger zog diese Muskelpartie zur Seite, reponierte den Humerus und nähte den abgerissenen Muskel wieder an das Tuberculum maius zurück. Die Wunde heilte per primam, die Kranke befindet sich zur Zeit der Krankenvorstellung noch in Nachbehandlung.

(Die Kranke wurde seither entlassen, das funktionelle Resultat bei der Entlassung war ein zufriedenstellendes.)

E. Gergö-Budapest.

26) **Freund.** Zur Klinik der traumatischen Erkrankung der Bursa acromialis.

Medizin. Klinik Nr. 11. 09.

47 jährige Dame mit den Symptomen der Druckschmerzhaftigkeit in der Gegend des Schleimbeutels und Bewegungshemmung bei Abduktion und Extension des Oberarms. Bei passiven Bewegungen Krepitation. Charakteristisch ist die Angabe der Patientin, dass sie nicht imstande sei, sich zu frisieren oder sich die Röcke zuzubinden.

Röntgenbild zeigt lateral vom oberen Humerusende einen $3^1/_2$ cm langen Schatten, der aus einem oberen 1 cm langen und $^1/_2$ cm breiten länglich ovalen dichten Schatten bestand und aus



einem zweiten hellen, $2^1/_2$ cm lang und $^1/_2$ cm breit, der weniger dicht war und in welchen der erstere nach abwärts auslief. Der ganze Schatten verlief bogenförmig in einer Entfernung von 3—4 mm. vom Rande des Humerus. Die normalen Konturen des Humerus sprachen gegen Knochenabsprengung. Differentialdiagnostisch kommen intra- und extraartikuläre Entzündungen, Muskelrisse und Muskelabszesse neben den Schleimbeutelerkrankungen inbetracht. — Verf. injizierte an der Leiche die Bursa acromialis und hatte im Röntgenbild einen Schatten, der genau dem Bilde bei seiner Patientin entsprach. Aetiologisch nimmt Verf. ein Trauma an. Therapie: Ruhigstellung für 2 Tage, dann vorsichtige Massage und Heissluftbehandlung, dann nach etwa 10 Tagen vorsichtig steigende Heilgymnastik. **Meyer**-Heidelberg.

27) **L. Bakay** (Budapest). Die Extensionsbehandlung der supracondylären Oberarmbrüche.

Orvosi Hetilap 1909. Nr. 7.

Bakay versuchte in 4 Fällen von supracondylären Oberarmbrüchen das Bardenheuersche Extensionsverfahren: 2 Fälle heilten mit dem vollkommensten anatomischen und funktionellen Resultate, in 2 anderen Fällen wieder — wo ausgedehnte Weichteilverletzungen die Fraktur komplizierten, — war bloss das funktionelle Resultat ein vollständiges. **E. Gergö**-Budapest.

28) **Henschen.** Die traumatische Luxatio centralis femoris mit besonderer Berücksichtigung ihrer geburtshilflichen Bedeutung.

Beitr. z. klin. Chirurgie, Bd. 61, H. 1.

20 jähr. Mädchen im 3. Monat der Gravidität erlitt durch Fall auf die Hüfte einen Bruch des Pfannenbodens. Partus rechtzeitig ohne Kunsthülfe, doch zeigte sich auf dem Scheitelbein, dass das im Becken vorspringende Caput femoris passieren musste, eine tiefe, sehr markierte, löffelförmige, querüberziehende Impression. Das Scheitelbein ist tief unter das Stirnbein vorgeschoben und das Vorderhaupt des Kindes stark nach vorne ausgezogen. Ausführliche Kasuistik und Literaturangabe. Verf. kommt zu folgenden Ergebnissen:

Entstehung: a) direkte Pfannenbrüche durch Geschosse.
b) indirekte Pfannenbrüche mit oder ohne (primäres oder sekundäres) Durchstossen des Kopfes.



Zu b) 1) durch Fall oder Stoss auf den Trochanter major.
2) durch Fall auf die Füsse.
3) durch Stoss auf die gegenseitige Schulter.
4) durch Fall auf das Gesäss, bezw. auf einen oder beide Sitzknorren.
5) durch Gewaltangriff am Kreuzbein, (experimentell sichergestellt).
6) durch sagittal oder schräg auf die vordere Beckenspange einfallende Traumen.

Pathologisch anatomisch charakterisiert die typische Dislokation des Gelenkkopfes diese Verletzung und nicht die sehr wechselnde Form des Pfannenbruchs.

Folgende Formen der Pfannenbrüche ergeben sich anatomisch:

I. Zentrierte Pfannengrundbrüche: Der Bruchstern hat seinen Sammelpunkt in oder nahe dem Pfannenzentrum. Hierbei ist der Kopf mehr oder weniger weit in das Becken vorgetrieben.

II. Exzentrische Pfannenbodenbrüche mit unterem oder oberem Dreieckfragment.

III. Ringförmige Aussprengung der Pfanne (1 Fall beobachtet von Vaquez).

IV. Kombinierte Pfannenbrüche, d. h. Pfannenbrüche mit sonstiger Beckenfraktur vergesellschaftet.

Symptomatologie: 1) Aussenrotation des Beins, 2) Verkürzung des Symphysenabstandes des Trochanters und gleichzeitiges Beckenhämatom und 3) radiographisch. Zudem macht Verf. darauf aufmerksam, dass die Hüftstellung des Beins häufig wechselnd ist, abhängig von der Richtung, in welcher der Gelenkkopf in die Beckenhöhle hineingestossen ist, und ausserdem auf die häufig auftretende Obturatoriusneuralgie.

Das Intervall zwischen Fraktur und Luxationsphase kann verschieden gross sein, deshalb unterscheidet Verf. primäre Luxation: Der Schenkelkopf wird sofort durch die Primärgewalt in das Becken gedrängt. Sekundäre Luxation: Der Schenkelkopf wandert nach der Fraktur durch andere Gewalten getrieben, erst allmählich durch die frakturierte Pfanne hindurch.

Die Spätschicksale sind dadurch erwähnenswert, dass die leichten Verletzungen der Y-Fuge im Kindesalter heilen, dagegen im späteren Alter wohl stets eine traumatische Arthritis zurückbleibt, schwerer ist das Endschicksal der zentralen Subluxationen und Luxationen, da meistens eine Ankylose droht.



Die geburtshilfliche Bedeutung ergibt sich aus den Veränderungen der Beckenformation. Die Diagnose ist bei rektaler Untersuchung erleichtert, unbedingt erforderlich ist eine radiographische Aufnahme: Allgemeine Beckenaufnahme und sodann Blendenaufnahme, Mittelpunkt der Blende 2 bis 3 cm über der Halbierung des Leistenbandes um 2 cm näher der Mittellinie, damit die Rückseite der Pfanne mehr getroffen wird (Albers-Schönberg).

Behandlung: Herausheben des Gelenkkopfes aus der Beckenhöhle vorsichtig ohne ruckweise Traktionen. Nach Behebung der Luxation empfiehlt Verf. vorsichtige Reposition der Beckenfraktur vom Rectum aus. Sodann Zurückhalten des Kopfes in der reponierten Stellung. Am Becken ist hierfür nach V. Meinung das Beste die kombinierte longitudinal-laterale Dauerextension in Hüft- evtl. auch Kniebeugung und Adduktion. Dauer der Extension ca. 6 Wochen, der Bettruhe 8—12 Wochen. Nach 2 Wochen Beginn der funktionellen Mit- und Nachbehandlung. **Meyer**-Heidelberg.

29) **C. Deutschländer** (Hamburg). Zur Frage der blutigen Reposition der angeborenen Hüftverrenkung.

(Arch. f. Orth., Mechanoth. u. Unfallchirurgie 1909. Bd. VII. 2 u. 3).

Zunächst eine scharfe Zurückweisung der Badeschen Kritik über D.'s frühere Arbeit (über blutige Reposition der angeb. Hüftverrenkung). Für die Allgemeinheit hat die persönliche Auseinandersetzung kein Interesse.

Die Frage der Berechtigung eines blutigen Eingriffs, vor dem Bade warnt, hält D. für durchaus diskutabel, da nach seiner und Anderer Erfahrung vorläufig noch ein gewisser Prozentsatz von Fällen übrig bleibt, die unblutig nicht reponiert werden können. Diese soll man nicht unbehandelt lassen, einmal wegen der Vererbung (? Ref.), zweitens aber wegen der später auftretenden Schmerzen und der Funktionsstörung. Die blutige Methode könne so vervollkommnet werden, dass die Resultate befriedigende sind, sie erlaubt eine einfache Beseitigung der Weichteilwiderstände, sie kann auch noch in den Fällen, die jenseits des repositionsfähigen Alters stehen, helfen. Die monatelange Fixationsbehandlung, die nach der unblutigen Reposition nötig ist, lässt weiterhin ein abgekürztes Verfahren wünschenswert erscheinen. (3—4 wöchige Retention genügt nach der blutigen Reposition!). — Die Operationsgefahr wird sicherlich überschätzt, und die unblutige Methode soll durch die blutige keineswegs verdrängt werden; im Gegenteil wird letztere in mancher Beziehung aufklärend wirken. D. erwartet



dadurch eine Vereinheitlichung in der unblutigen Behandlunsgmethode. — Dem Röntgenbilde wird übrigens ein zu grosser Wert beigemessen, es könne manchmal irreführen. Es wird ein Fall von einem 3jährigen Mädchen angeführt, bei dem trotz guter Reposition und 4¹/₂ monatiger Verbandsbehandlung keine Retention erzielt wurde. Dessen ungeachtet ergaben die Röntgenbilder „gute Reposition“ (die reproduzierten Röntgenbilder lassen keine exakte Einstellung erkennen! Ref.) Da klinisch ohne Zweifel eine Reluxation vorlag, wurde auf einer Seite blutig nach Ludloff reponiert (Schnitt in der Genitocruralfalte). Wenn die Interposition von fibrös-lipomatösen Gewebsmassen für die Reluxation hier nicht verantwortlich zu machen waren, so hat D. doch eine stark retrahierte hintere obere Kapselpartie und eine mächtige Ueberdehnung des stark verdickten Lig. Bertini als retentionshemmend gefunden. — Die andere Seite wurde unblutig reponiert und befindet sich noch im Verband. Die blutig reponierte Hüfte wurde nach 3¹/₂ Wochen freigelassen und blieb gut reponiert (Röntgenbild). Die im Bilde deutlich sichtbare Gleitfurche konnte bei der Operation nicht gefunden werden.

Ewald-Hamburg.

30) **I. Boros** (Szeged). Über die angeborene Hüftftgelenksverrenkung.

Orvosi Hetilap 1909. Nr. 8.

Mitteilung über die Resultate von 7 Fällen, die B. nach der Methode von Hoffa-Lorenz unblutig reponierte. 2 der Fälle waren doppelseitig, 5 einseitig; das Alter der Patienten schwankte zwischen 2¹/₂ und 7 Jahren.

Eine vollständige anatomische Reposition erzielte B. in 3 Fällen, in den übrigen Fällen musste er sich mit der Transposition unter die Spina anterior inferior ossis ilei begnügen. Trotzdem war das funktionelle Resultat in 5 Fällen tadellos; ein Fall von Transposition des Schenkelkopfes gab ein unvollständiges Resultat, ein weiterer Fall steht noch in Behandlung.

Reluxation sah B. bei zwei Kranken, darunter in einem Falle innerhalb von 1¹/₂ Jahren zweimal. Es gelang ihm jedoch auch in diesem Falle schliesslich ein vollkommenes Resultat zu erzielen.

E. Gergö-Budapest.

31) **Schwarz.** Ueber die tabische Arthropathie des Hüftgelenks.

Beitr. z. klin. Chir. Bd. 62. H. 1.

Bei 57jähr. Tabiker entwickelten sich innerhalb von 3 Jahren



schwere Hüftgelenksveränderungen mit ausgedehnten Bewegungsbeschränkungen allmählich und schmerzlos. Klinisch waren eine durch starke Knochenwucherung bedingte Verdickung der erkrankten Gelenkgegend, eine Verkürzung der Extremität, Bewegungsbeschränkung und starkes Krepitieren nachweisbar. Ferner bestand Atrophie der Glutaeal- und Oberschenkelmuskulatur und Varicenbildung am Bein. Röntgenologisch zeigte sich völlige Destruktion des Femurkopfes, Knochenwucherung am Becken in der Umgebung der Pfanne, z. T. in mächtiger Ausdehnung. In der Pfanne selbst und am Femur haben destruktive Prozesse Platz gegriffen. Auf Grund seiner eigenen Beobachtung und 40 aus der Literatur gesammelten Fällen kommt Verf. zu den Schlüssen: Das Hüftgelenk scheint im ataktischen und präataktischen Stadium in der gleichen Anzahl der Fälle zu erkranken. Der klinische Beginn setzte in den meisten Fällen plötzlich ohne jegliche Ursache oder nach einem ganz geringfügigen Trauma ein. Die absolute Schmerzlosigkeit lässt ohne Wissen des Kranken schwere destruktive Prozesse im Gelenk entstehen, durch die nach ganz geringfügigen Ursachen Luxationen oder Frakturen auftreten. Pathologisch-anatomisch überwiegen im Hüftgelenk diejenigen Fälle, in denen die zerstörenden „destruktiven" Prozesse stärker sind als die zu gleicher Zeit auftretenden Knochenwucherungen, „produktive Prozesse". Der destruktive Prozess beginnt mit Schwund des Knorpelüberzugs der Pfanne und des Gelenkkopfs an den Stellen, die am stärksten dem Druck ausgesetzt sind. Er greift dann auf den Knochen über, sodass allmählich Wanderpfannen entstehen und der Schenkelkopf zerstört wird. Kapsel und Bandapparat werden schwächer und dünner und lockern sich. Gelenkergüsse sind dabei häufig. Die produktiven Prozesse äussern sich in Verdickung der Trochanteren, Osteophytenbildung. Am Becken entstehen an den Stellen, die am meisten unter dem Druck der Körperlast zu leiden haben, grössere Wucherungen, besonders am oberen Pfannenrand. Häufig verknöchern Kapsel, Bindegewebe und Muskulatur. Bei auftretenden Frakturen frakturiert am häufigsten der Schenkelhals, seltener die Femurdiaphyse. Bei Luxationen ist infolge der häufigsten Zerstörung des hinteren oberen Pfannenrandes die Luxation nach hinten das typische. Im Gegensatz zur starren Fixation der traumatischen Luxation zeigt die vorliegende Luxationsform abnorme Beweglichkeit auf- und abwärts. In den deformierten Gelenken entsteht wieder eine neue Art von gelenkknorpelartigem Ueberzug der abgeschliffenen Gelenkenden und Auftreten von Gelenkschmiere, die unter Umständen so stark

auftritt, dass sie die Kapsel sprengt und unter der Haut als fluktuierende Masse zu fühlen ist.

Differentialdiagnostisch kommt die Arthritis deformans in Betracht. Diese entwickelt sich jedoch allmählich und ist von Anfang an schmerzhaft. Es zeigt sich leicht eine gewisse Gesetzmässigkeit: Zerfall der peripheren Partien mit Wucherung der diesen benachbarten Teile wechselt ab. Die Arthropathie ist jedoch durch völlige Regellosigkeit ausgezeichnet. Das sicherste diagnostische Merkmal ist das Auftreten von Knochenwucherungen ausserhalb der Kapsel, insbesondere Muskelverknöcherungen bei der Arthropathie; die Arthritis deformans bleibt streng intrakapsulär.

Die neuropathische Erklärung der Arthropathie hat jetzt im Gegensatz zur mechanisch-traumatischen Theorie am meisten Anhänger.

Meyer-Heidelberg.

32) **Büdinger.** Über traumatische Knorpelrisse im Kniegelenk.

Deutsche Zeitschr. f. Chir. 92. Bd. 4.—6. H., p. 510.

Bei traumatischen Läsionen des Kniegelenks kommen häufig Risse und Zerklüftungen des Gelenkknorpels vor; ihre Häufigkeit und Bedeutung wird unterschätzt.

Am häufigsten kommen sie an der Patella vor, in zweiter Linie an den Femurkondylenkuppen.

Sie entstehen entweder durch Berstung (über subchondralen Hämatomen) oder durch seitliche Verschiebung des Knorpelüberzugs.

Die klinischen Symptome sind unklar. Auch das Radiogramm lässt bei der Diagnose im Stich.

Viele Knorpelrisse heilen funktionell aus. Eine operative Entfernung wird erst nötig, wenn Funktionsstörungen eintreten durch 1. Aufstellen von Knorpellappen; 2. Weiterreissen der Spalten; 3. Entstehen einer Chondritis; 4. Loslösung von Teilen des Gelenküberzugs.

Die Therapie muss eine abwartende sein, fürs erste Immobilisierung des Gelenks.

Bei operativem Vorgehen müssen alle erkrankten Knorpelpartien gründlich entfernt werden.

Der Schnitt muss eine gute Übersicht des ganzen Operationsfeldes geben.

Verf. empfiehlt einen von ihm gebrauchten Bogenschnitt mit Aufklappung der Patella.

Als Ursache von entzündlicher Hypertrophie des subpatellaren Fettgewebes können Knorpelrisse gedeutet werden. Es kommen sogar als traumatische Veränderungen, wenn auch selten, subpatellare Lipome vor. **Manhold**-Heidelberg.

33) **Rammstedt.** Ueber Fettgewebs- und Zottenwucherungen im Kniegelenk.

Arch. für klinische. Chirurgie 89. Bd. 1. H.

Verf. fand als pathognostisches Zeichen bei diesem Leiden, dass, wenn man den Unterschenkel des liegenden Patienten bei gestrecktem Kniegelenk von der Unterlage aktiv hochheben lässt und ruckartig gegen den mit einer Hand fixierten Oberschenkel drückt, der Untersuchte unter deutlicher Schmerzäusserung zusammenzuckt, und der Untersucher hat dann das Gefühl eines federnden Widerstandes zwischen Tibia und Femurgelenkfläche. Ferner fand Verf. bei schwereren Fällen eine leichte, mitunter nicht in Zahlen ausdrückbare Beugekontraktur. Die Schmerzen verlegen die Kranken unter die Kniescheibe. Mitteilung von 10 Fällen aus der militärärztlichen Praxis, die z. T. vom Verf. mit gutem Erfolge operiert sind. Differentialdiagnostisch kommen Gelenkmaus, Lockerung der Bandscheiben und Abreissung der Kreuzbänder, sowie die seltenen solitären Lipome im Kniegelenk inbetracht. Die Behandlung ist, solange der Kranke nicht allzu sehr belästigt wird, konservativ: Massage, Heissluft — oder heisse Sandbäder, Kompressionsverbände, medico-mechanische Uebungen. Bei Behinderung der Streckfähigkeit, Fettgewebsverdickung und Zottenbildung sowie bei Einklemmungserscheinungen ist ein chirurgischer Eingriff indiziert. Nachbehandlung beginnt am 12. bis 14. Tage mit Massage, Bewegungsübungen, Heissluft und Kompressionsverbänden.

Meyer-Heidelberg.

34) **Kühme.** Ueber isolierte Frakturen des Fibulaschaftes.

Diss. Leipzig 1909.

An der Hand von 9 Fällen isolierter Fraktur des Fibulaschaftes bespricht K. die Ansichten der einzelnen Autoren, die auf diesem Gebiet gearbeitet haben, und kommt auf Grund seiner Beobachtungen und Studien zu der Ansicht, dass diese isolierten Wadenbeinbrüche nicht durch eine direkt einwirkende Gewalt hervorgerufen werden, sondern lediglich durch eine abnorm heftige Kontraktion gewisser Muskeln, in der Hauptsache wohl der Peronei. In allen seinen Fällen handelte es sich um Soldaten, die ihren



Dienst noch nicht lange — 1—2 Monate — versahen, also um nicht genügend trainierte Leute, die leichter ermüdeten und auch bei der Kürze der Ausbildungszeit in dem Gebrauch ihrer Gliedmassen noch nicht die nötige Gewandtheit besassen.

Blencke-Magdeburg.

35) **Dreist.** Muskelzerrung oder Knochenbruch.

Deutsche militärärztliche Zeitschr. Heft 10, 09.

Mitteilung zweier Fälle von isolierter Fraktur der Fibula, die klinisch als Muskelzerrung imponierten, durch den Mechanismus der Verletzung und den lokalisierten Druckschmerz jedoch die Diagnose „Fraktur“ nahelegten, die durch Röntgenbild bestätigt wurde. Fall 1 fühlte beim Kastenspringen, als er mit dem l. Fuss zuerst auf die Matte kam und sich dann plötzlich nach rechts drehte, einen stechenden Schmerz in der Wade. Äusserlich nichts nachweisbar, keine Krepitation, Diagnose: Torsionsbruch der Fibula. Fall 2 verspürte beim Anschlag im Knien ziehende, krampfartige Schmerzen im rechten Unterschenkel, die sich allmählich verstärkten, so dass Pat. nicht mehr knien konnte. Klinisch war geringe Schwellung an der Gegend der Druckschmerzhaftigkeit nachweisbar, Diagnose: Infraktion der Fibula. Die Pat. wurden wieder völlig dienstfähig nach Bettruhe, feuchten Umschlägen und Massage. Verf. meint, dass derartige Fälle im Revierdienst häufiger vorkommen, ohne dass sie richtig erkannt werden. **Meyer**-Heidelberg.

36) **Meissner.** Beiträge zur Kenntnis der Malleolenfrakturen.

Beiträge zur klin. Chir. Bd. 62. H. 1.

Bericht über 151 frische und 60 alte Malleolenfrakturen, die an der Tübinger chirurgischen Klinik beobachtet wurden. Es waren davon Frakturen des Malleol. ext. = 51 (24,2%), des Malleol. int. = 7 (3,3%), beider Malleolen = 10 (47,4%), isolierte Frakturen der Tibiagelenkfläche = 3 (1,4%), supramalleoläre Frakturen = 39 (18,5%), Epiphysenlösungen = 11 (5,2%). Nach dem Mechanismus waren Abduktions- oder Pronationsfrakturen des Malleol. ext. = 41, des Malleol. int. = 1, beider Malleolen = 84; Adduktions- oder Supinationsfrakturen des Malleol. extern. = 7, Malleol. int. = 5, beider Malleolen = 13. Die Frakturen der Tibiagelenkfläche waren teils Absprengungsfrakturen, teils Abrissfrakturen. Die supramalleolären Frakturen waren in 21 Fällen Abduktions-, in 16 Adduktionsfrakturen. Die Epiphysenlösungen ent-



standen teils durch forzierte Abduktion und Pronation (8 Fälle) teils durch Hyperplantarflexion mit Gewalteinwirkung in der Längsrichtung verbunden (3 Fälle). Als Nebenverletzung wurde 4 × bei doppelter Malleolenfraktur auch Talusfraktur und 1 × daneben noch Kalkaneusfraktur beobachtet (Zertrümmerungsbrüche). Als Folgezustände wurden Ankylose des Talokruralgelenks, Schlottergelenk im Talokruralgelenk und Arthritis deformans beobachtet. Die Diagnose wurde stets durch Röntgenaufnahme in 2 Richtungen gesichert. 4 × trat tödlicher Ausgang ein und zwar 2 × infolge Fettembolie und bei zwei komplizierten Fällen infolge Sepsis. Die Resultate der frischen subkutanen Frakturen waren günstig. Therapie bestand meist darin: Reposition evtl. in Narkose, Lagerung auf einer Volkmannschen Schiene bis zum Verschwinden der Schwellung, gepolsterter Gipsverband mit v. Brunsscher Gehschiene, in schweren Fällen Lagerung auf v. Brunsscher Lagerungsschiene, nur bei vereinzelten supramalleolären Fällen Gewichtsextension. Behandlungsdauer in der Klinik 14 Tage — 4 Wochen, hierauf ambulant. Die komplizierten Frakturen wurden nach den allgemein gültigen chirurgischen Regeln behandelt. Bei den schlecht geheilten Frakturen, die auswärts behandelt waren, wurde 12 × eine erneute Behandlung vorgenommen. Bei 5 Malleolenfrakturen (8 Wochen nach dem Unfall) wurde Refraktion und erneute Reposition gemacht, die 3 × gelang, 1 × wurde durch Massage Besserung erzielt und 1 × der Talus exstirpiert. In 4 Fällen von Abduktionsfrakturen wurde wegen starker Dislokation die supramalleoläre Osteotomie nach Trendelenburg ausgeführt, in 2 Fällen wegen Luxatio pedis eine Resektion des Talokruralgelenks und 1 × wegen Schlottergelenks die Resectio tibio-calcanea vorgenommen.

Meyer-Heidelberg.

37) **Marchetti** (Modena). Il processo Fiori per la asportazione sub-totale o totale del tarso.

Clinica chirurgica 1909, Nr. 4.

Verf. bringt einen Beitrag zur operativen Technik, die Fiori 1901 für die totale Exstirpation des Tarsus in Vorschlag brachte.

Der Hautschnitt wird so wie bei der Linsfranc'schen Exartikulation geführt, wird aber nach hinten oben bis an die Knöchel verlängert.

Nach Inzision der tarso-metatarsalen Ligamente werden die Metatarsalknochen nach unten luxiert; man geht dann mit dem Messer an der unteren Fläche des Tarsus entlang und exstirpiert

die Fusswurzelknochen mit Ausnahme des hinteren Fortsatzes des Calcaneus.

Mit dem resecierten Calcaneus werden die Metatarsalknochen verbunden und es wird so ein vorzüglicher Stützpunkt erhalten.

In dem vom Verf. operierten Fall war der Erfolg ein höchst glücklicher und dauert (nach 18 Monaten) noch an.

Die Arbeit enthält die Abbildungen Fioris und eine Tafel über den neuen klinischen Fall.

In einem Anhang fügt Verf. einen neuen Fall hinzu, in dem eine auf sämtliche Knochen des Tarsus ausgebreitete Läsion bestand. Nichtsdestoweniger war es ein Leichtes, die totale Tarsektomie auszuführen und unter Verwertung nur eines ganz kleinen Teiles des Periosts des Caleaneus den Fuss nach den Vorschriften des Verfahrens zu rekonstruieren.

Der Erfolg war ebenfalls ein vorzüglicher, wie man aus der beigefügten Photographie und Radiographie ersehen kann, die zwei resp. drei Monate nach der operativen Behandlung aufgenommen wurden.

Buccheri-Palermo.

38) **A. Huber** (Budapest). Fall von Bursitis calcanea.

Orvosi Hetilap 1909. Nr. 5.

Bei einem 32 jährigen Patienten erkrankte zuerst der rechte Ellenbogen, dann das linke Sprunggelenk und schliesslich die linke Schulter; die Gelenke schwollen an und wurden sehr schmerzhaft. Es bestand beiderseitiger Pes planus.

Das Röntgenogramm zeigte in seitlicher Aufnahme der Ferse eine ungefähr fingerdicke Verdichtung in der Gegend der Fascia plantaris. Der Unterschied war besonders beim Vergleiche mit dem Röntgenogramme des linken gesunden Fusses sehr auffallend. Den Befund deutete Huber als eine Bursitis calcanea. Schade, dass der Kranke sich zu keiner Operation entschloss.

E. Gergö-Budapest.

39) **Poncet** (Lyon). Calcanéotomie verticale postérieure.

(Gazette des hôpitaux. 1909. Nr. 62.)

P. hatte vor 19 Jahren bei einem Mann, dessen Achillessehne durchtrennt war und sich retrahiert hatte, die beiden Sehnenenden dadurch einander genähert, dass er den processus posterior calcanei vertikal durchsägte, nach oben verlagerte und dann mit einem Elfenbeinstift wieder an den Calcaneus fixierte. Nach einigen Wochen hatte der Fuss seine normale Funktion wieder und behielt



sie. Das 19 Jahre später gemachte Röntgenbild zeigt den Calcaneus an seinen hinteren Partieen etwas deformiert und den Elfenbeinstift als etwas dichteren Schatten. P. macht auf die Wichtigkeit des in diesem Fall verfolgten Prinzips aufmerksam, durchtrennte Sehnenenden einander zu nähern. (Plastische Sehnenverlängerung und Einlagerung von Seidenfäden erfahren keine Berücksichtigung. Ref.)

Ewald-Hamburg.

40) **Iselin** (Basel). Die Wenzel-Grubersche fibulare Epiphyse der Tuberositas metatarsi quinti im Röntgenbild.

Deutsche Zeitsch. f. Chir. 92. Bd. 4.—6. H.

Verf. weist auf das konstante Auftreten der fibularen Epiphyse der Tuberositas metatarsi quinti im Alter von 13 bis 15 Jahren hin, das er an 58 Füssen durch Röntgenbilder bestätigen konnte.

Dieser Knochenkern wurde schon von vielen Autoren beschrieben. Einige deuteten ihn als Absprengungsfraktur — andere als Reste der verloren gegangenen Strahlen des Archipterygiums.

Die Zeit des Erscheinens und Bestehens dieses Knochenkerns ist noch nicht erforscht und seine ganze Entstehungsgeschichte bietet noch ein offenes Feld für wissenschaftliche Arbeiten.

Manhold-Heidelberg.

41) **Mendler** (Ulm). Die Behandlung des Klumpfusses.

Würtemb. Mediz.-Korrespondenzblatt 1909 Nr. 12

M. beginnt die Behandlung erst nach Ablauf des ersten Lebensjahres. Er macht ein sehr gründliches modellierendes Redressement und am Ende desselben die Achillotenotomie. Dann lässt er $^3/_4$ Jahre im Gipsverband umhergehen. Um das Resultat zu sichern, wird hinterher der halbe Tib. ant. auf das Metatarsale V überpflanzt. Beim total paralytischen Klumpfuss folgt auf das Redressement eine abgekürzte Verbandsperiode und dann Arthrodese nebst Tenodese. Letztere besteht in Durchflechtung des Extens. digit. vom Fussrücken an mit starkem Seidenfaden, der an die Tibiakante und Unterschenkelfascie festgenäht wird.

Vulpius-Heidelberg.

42) **A. Heimannsberg** (Duisburg). Zur unblutigen Behandlung des angeborenen Klumpfusses beim Kind und Erwachsenen.

Arch. f. Orth., Mechanoth. und Unfallchir. 1909, Bd. 7. H. 2 u. 3.

H. verurteilt mit Schultze (Duisburg) sämtliche blutigen Methoden der Klumpfussbehandlung: nur wenn alle Knochen er-



halten sind, ist gegenseitige Beeinflussung, Druck und Gegendruck und daraus resultierende Modellierung der einzelnen Knochen möglich. Die Talusexstirpation begünstigt geradezu das Auftreten eines Rezidivs. Demnach ist das unblutige modellierende Redressement, sei es manuell oder mit Hilfe von Osteoklasten (Lorenz, Schultze), allein in der Lage, den Klumpfuss dauernd und in jedem Fall, beim Säugling, wie beim Erwachsenen zu beseitigen. Die Methode Schultzes wird genau beschrieben und die Wirksamkeit seiner beiden Osteoklasten gezeigt. (Beseitigung der Adduktion und des Spitzfusses. — Verbindung des manuellen Redressements mit der maschinellen Kraft.) So können auch die hartnäckigsten inveterierten Klumpfüsse redressiert werden, ohne dass ein blutiger Eingriff, abgesehen von der Achillotenotomie und der subkutanen Aponeurotomie, nötig wird. Die Ausführungen gipfeln in den Schlusssätzen: Nur gesunde kräftige Säuglinge sollen korrigiert werden. — Bei Säuglingen ist in gewissen Grenzen der Beginn der Behandlung für das Resultat gleichgültig; die Korrektur soll beendet sein, bevor das Kind anfängt zu gehen. Die Varusstellung der Zehen ist zu korrigieren, um jede Muskelgleichgewichtsstörung zu beseitigen; eben deshalb ist die Achillotenotomie unerlässlich. — Vollkorrektur ist erreicht, wenn aktive Abduktion und Pronation bei Dorsalflexion möglich ist. — Durch das mit dem Schultzeschen Osteoklasten ausgeübte Redressement sind die bisherigen Methoden überholt. — Die blutige Korrektur des Klumpfusses ist ein Kunstfehler. Krankengeschichten und Bilder vor und nach der Behandlung von 4—34 jährigen Patienten. Die Photographien zeigen sämtlich das vorzügliche Resultat der Behandlung. **Ewald - Hamburg.**

43) **K. Gaugele** (Zwickau i. S.). Ueber die Heilung der Fussschmerzen durch das Schuhwerk (insonderheit bei der abnormen Plantarflexion der Metatarsalknochen).

Arch. f. Orth., Mechanoth. und Unfallchir. 1909. Bd. 7. H. 2 u. 3.

Bei der Besprechung der Beschwerden und Symptome des Platt- und Knickfusses stellt sich G. in Gegensatz zu Hasebroek insofern, als er oft gerade beim beginnenden Plattfuss sehr starke Schmerzen konstatiert hat, während diese beim ausgebildeten Plattfuss vollkommen fehlen können. Als Ursache des Plattfusses hat er die von Hoffa beschuldigte Knochenschwäche nicht finden können (ausser bei rhachitischen und gelähmten Kindern), sondern glaubt, dass namentlich die Ueberlastung des Fusses und die dadurch bedingte Muskelschwäche zur Erklärung vollkommen ausreichen.



Gerade bei Erwachsenen, um die es sich doch meistens handelt, kann man erkennen, dass mit erhöhtem Körpergewicht auch die Plattfussbeschwerden einsetzen. Begünstigend wirkt ungeeignetes Schuhwerk. Eine Erklärung der Plattfussschmerzen ist genau nicht zu geben, doch lassen sich alle Beschwerden auf Druck oder Zug zurückführen. Auf die entzündliche Schwellung der Gelenkkapsel unterhalb des äusseren Knöchels macht G. besonders aufmerksam: sie beruht auf einer Wucherung des Fettgewebes in der Kapsel, ähnlich wie es Hoffa vom Kniegelenk beschrieben hat. — Die Arthritis deformans, die so häufig und hochgradig bei alten Plattfüssen zu beobachten ist, hat ihre Ursache in dem dauernden Druck, bezw. der Reibung der Knochen des nicht redressierten Plattfusses aneinander. —

Dann beschreibt G. ein häufiges, bisher nicht genügend gewürdigtes Krankheitsbild: die Plantarflexion der Mittelfussknochen. Der getragene Stiefel schon zeigt Hochstehen der Fussspitze (Dorsalflexion der Grosszehe!) und besondere Vertiefungen der Brandsohle an der Stelle der Metatarsalköpfchen. Die Zehen zeigen Klauenstellung, es besteht ein leichter Hohlfuss, der aber bei Zehenstreckung ausgeglichen werden kann. Auffallend ist eine Schwielenbildung unter den Metatarsalköpfchen. Immer sind typische Schmerzen an der Ballengegend vorhanden. (Druck der Metatarsalknochen auf die Weichteile); ferner ist die Pro- und Supination des Vorderfusses schmerzhaft. Ursache dieser Stellungsanomalie ist zu kurzes, meist auch mittelspitzes Schuhwerk. — Der Anschauung von Seitz, dass die Schmerzhaftigkeit der Metatarsalköpfchen auf einer Osteoarthritis an den Mittelfussköpfchen beruhe, tritt G. entgegen, ebenso der Theorie Hasebroeks von der chronischen Arthritis oder Gicht im Lisfrancschen Gelenk. Dass es sich nicht um eine Arthritis handelt, beweist einmal der negative Befund am Röntgenbild, dann aber der prompte Erfolg der Therapie: durch Beseitigung der Plantarflexion mittels Einlage und orthopädisches Schuhwerk schwinden sofort die Beschwerden.

Es folgt eine kurze Abhandlung, wie normales Schuhwerk beschaffen sein muss. Zu fordern ist ein Schnürstiefel von genügender Breite mit gut ausgearbeitetem Gewölbe und breitem, mässig hohem Absatz. Macht sich durch irgend eine Ursache (mehrstündiges Stehen, erhöhtes Körpergewicht) eine Senkung des Fussgewölbes bemerkbar, so ist im Stiefel selbst ein Gewölbe einzuarbeiten oder eine Einlage zu geben, ev. schon prophylaktisch.



Vom Plattfussstiefel verlangt G. vor allen Dingen eine Versteifung des Gewölbes; die Fersenkappe muss auf der Innenseite bis zum Grosszehenballen gehen, die Innenwand des Stiefels muss höher sein als die Aussenwand, der Absatz soll mit seinem Innenrand zungenförmig vorgehen. Die Stiefel sollen auf einem gewöhnlichen, aber für die besonderen Verhältnisse zurechtgestutzten (schiefen!) Leisten gearbeitet werden. In diesen Stiefel kommt die gehämmerte Stahl- — oder Duranaeinlage; die aber nicht in jeden fertig käuflichen Schuh passt, vor allem auf die Dauer in diesem nicht ihren Zweck erfüllen wird. Ganz dieselben Einlagen beseitigen auch die Beschwerden bei der abnormen Plantarflexion der Mittelfussknochen.

Ewald-Hamburg.

44) **Stephens** (Swansea). The causation of ingrowing toenail and the location of gout.

British medical Journal. 1909. Nr. 2507.

Nicht die schlechten und zu engen Schuhe sind nach Verf. Ansicht die Ursache der eingewachsenen Nägel, sondern die Lage der Füsse im Bett, meist war das Leiden links, leider wird nicht erwähnt, ob alle diese Patienten auf der rechten Seite schliefen, umgekehrt wird es erwähnt. Ein Schiffsoffizier mit doppelseitigen eingewachsenen Nägeln drückte seine Füsse an die Wand der Koje während des Schlafes. (Nach dieser Theorie müsste das Leiden doch wohl häufiger sein. Ref.) Er empfiehlt nachts Fusskappen bei Kindern, dem ihm auch anderweitig gegebenen Rat mit Schuhen zu Bett zu gehen, kann er sich doch nicht anschliessen.

Mosenthal-Berlin.

Kongressberichte, Vereinsnachrichten usw.

45) Vom internationalen medizin. Kongress in Budapest.

Sektion Orthopädie und Chirurgie.

Robert W. Lovett (Boston). Die Behandlung der paralytischen Deformitäten bei Kindern.

Lovett betont vor allem, dass die Sehnenüberpflanzung bei paralytischen Deformitäten gründlich genug besprochen wurde, eine weitere Diskussion dieser Frage ist nicht nötig.

Er bespricht hierauf die verschiedenen Arten der paralytischen Deformitäten und unterscheidet deren sieben: 1. die Deformität ist einfach durch die



Schwere der gelähmten Gliedmasse bedingt; 2. die Deformität wird durch Verkürzung oder Verlängerung der Weichteile verursacht; 3. die Kontraktion des nicht paralytischen Gliedes bedingt die Deformität; 4. partiell gelähmte Gliedmassen verursachen eine Distorsion durch ihre Schwere; 5. Deformitäten der Wirbelsäule entstehen, um das Gleichgewicht zu erhalten; 6. Knochendeformitäten folgen einer ständigen schlechten Stellung; 7. Dislokationen.

Des weiteren betont Lovett die Notwendigkeit einer präventiven Behandlung der paralytischen Deformitäten und stützt diesen Standpunkt damit, dass in fast allen Fällen paralytischer Lähmungen durch entsprechende Apparate der Deformität vorzubeugen sei.

Die paralytische Lähmung selbst kann auf mechanischem Wege, auf operativem Wege und schliesslich durch gymnastische Uebungen, Massage und Elektrizität behandelt werden.

Unter den mechanischen Mitteln steht die Redression obenan; richtig passende Apparate besorgen das weitere. Von den operativen Verfahren ist die Sehnenüberpflanzung zu empfehlen; die Erhebungen der amerikanischen orthopädischen Gesellschaft führten zum Ergebnisse, dass eine periosteale Insertion zweckentsprechender ist als die Ueberpflanzung von Sehne auf Sehne. Die erwähnte mediko-mechanische Nachbehandlung ist ebenso wichtig als die operative Behandlung.

R. Jones (Liverpool). Ueber die Arthrodese.

Die Operation soll nach Jones bei Kindern unter 8 Jahren nie ausgeführt werden. Auch müssen früher noch alle Deformitäten durch Redression oder Tenotomie korrigiert werden.

Die Operation selbst muss ohne Verletzung der Epiphysenlinie ausgeführt werden; das Bein wird in die zweckentsprechende Lage gebracht und bis zur vollständigen Konsolidation geschient.

In der Diskussion erinnert Moncière (Rheims) an sein Verfahren der Pheno-Arthrodese, welches er dem französischen Kongresse für Chirurgie im Jahre 1903 unterbreitete. Die Gelenkenden werden mit reiner Karbolsäure leicht tuschiert und dann mit Alkohol abgewaschen. Es entsteht eine aseptische Irritation, welche zu adhaesiver Entzündung und schliesslich zu knöcherner Vereinigung führt. Die Arthrodese bewährt sich seiner Meinung nach nicht immer, die Pheno-Arthrodese stets.

Vulpius (Heidelberg). Ueber den Wert des orthopädischen portativen Apparates.

Der portative Apparat wird verwendet: Zur Fixation von Körperabschnitten, zur Entlastung von Knochen und Gelenken, zur Regulierung von Gelenkbewegungen (Scharniere, künstliche Muskeln), zum Redressement von Deformitäten. Können nun diese Aufgaben 1. nur durch Apparat oder 2. durch Apparat besser als durch Operation bezw. Verband oder 3. durch beide Mittel gleich gut oder endlich 4. durch chirurgisch-orthopädische Eingriffe besser gelöst werden? Ehe Verf. diese Fragen erörtert, bespricht er kurz die Vorteile und die Nachteile der Apparatbehandlung. Unter den Nachteilen erwähnt er: Technische Schwierigkeit der Herstellung, Kostspieligkeit, Belastung geschwächter Gliedmassen, Atrophie der Weichteile, speziell der Muskeln, aber auch der Knochen, mangelnde Kontrollmöglichkeit hinsichtlich regelmässigen Gebrauchs



des abnehmbaren Apparates. Als Vorzüge werden betont: Gefahr- und Schmerzlosigkeit, Möglichkeit der Hautpflege, der Ueberwachung der Gelenkaffektionen. I. Fixationswirkung. Bei Knochenbrüchen ist mit wenigen Ausnahmen der feste Verband vorzuziehen, bei frischer Gelenkentzündung desgleichen. In der Nachbehandlungsperiode ist der Apparat zweckmässig. Bei unheilbarem Schlottergelenk ist die Arthrodese, zumal in der Praxis pauperum dem Apparat vorzuziehen. II. Entlastungswirkung. Das Für und Wider deckt sich zumeist mit dem unter I. Gesagten. III. Regulierung der Gelenkbewegung. Beim Schlottergelenk ist der Apparat sehr wirksam, neben ihm kommt aber die Arthrodese in Frage (vergl. I). Bei partiellen Lähmungen ist die Sehnenüberpflanzung dem Apparat weit überlegen. Auch der Nervenplastik winkt eine Zukunft. Behufs temporärer Gelenkfeststellung ist nur der Apparat brauchbar. IV. Korrektion von Deformitäten. Hier ist der Apparat fast völlig entbehrlich geworden und ersetzt durch chirurgische blutige und unblutige Eingriffe. Zusammenfassung: Der portative Apparat spielt heute und für alle Zeit wegen seiner fixierenden, entlastenden und bewegungsregulierenden Wirkungen eine wichtige Rolle in der orthopädischen Therapie. Dagegen ist seine Bedeutung als Redresseur fast absolut Null. Im Ganzen ist das erfreuliche und erfolgreiche Bestreben festzustellen, die Apparatwirkung auf das unumgänglich notwendige Mass einzuschränken. Unsere therapeutischen Erfolge ohne Apparate sind das beste Mittel, die unermüdliche Reklame kurpfuschender Bandagisten wirkungslos zu machen.

Froelich (Nancy). Beiträge zur Pathogenie der Knochenaffektionen des Wachstumes.

Froelich bespricht das Genu valgum der Jünglinge, die Tarsalgie, die Coxa vara und die Skoliose. Um diese Affektionen zu erklären, genügt nach Froelich die mechanische Theorie allein nicht; es ist auch notwendig, die Existenz einer Knochenläsion anzuerkennen, welche primär ist. Eine solche Knochenläsion suchten Mikulicz und Kirmisson in der Spätrachitis, Poncet in der fibrösen Form der Tuberkulose; Froelich wieder findet die Ursache in einer infektiösen Knochenentzündung, welche immer durch Staphylokokken verursacht wird. Ausgedehnte bakteriologische Untersuchungen, die er an exstirpierten Knochenstücken bei Operationen von Genu valgum, Tarsalgie, Coxa vara und Exostosen anstellte, belehrten ihn dessen.

Froelich resumiert dahin, dass bei den erwähnten Krankheiten der Wachstumsperiode ausser der Spätrachitis und der fibrösen Tuberkulose auch eine larvierte Osteomyelitis zur primären Erweichung der Knochen führen kann, auf deren Basis dann die mechanischen Momente einsetzen und zur Deformität führen.

Faure (Paris). Die Aetiologie und Behandlung der primären und sekundären Kontrakturen.

Die primären Kontrakturen werden gewöhnlich durch eine Läsion des zentralen Nervensystems verursacht. Passive methodische Bewegungen, Massage und Gymnastik können ihnen vorbeugen.

Die Aetiologie der sekundären Kontrakturen ist bedeutend komplizierter: sie können durch einen einfachen Schmerz-Reflex verursacht werden, im ermüdeten Muskel werden sie durch chemische Stoffwechselprodukte erzeugt; des



weiteren resultieren sie aus einer längeren Immobilisation, Folgen der schlaffen Lähmung, Arthritiden und Schmerzempfindungen.

Die Behandlung dieser sekundären Kontrakturen ist ebenso kompliziert wie ihre Aetiologie. Die kontrahierten Muskeln sind oft sehr schmerzhaft, manchmal retrahiert.

Bäderbehandlungen, passive Bewegungen müssen oft lange fortgesetzt werden; wird die Retraktion dadurch nicht behoben, so ist man zur Tenotomie oder Tendoplastik genötigt. Massage und lange Zeit hindurch fortgesetzte mechanische Behandlung führen oft bei scheinbar ungünstigen Fällen zum Ziele. Unter den sekundären Kontrakturen liefern die hemiplegischen die schlechteste Prognose. Dieselben sind ausnahmsweise lange zu behandeln und schwer zu bessern.

Muskat (Berlin). Orthopädie und Schule.

Die Schule ist nicht nur berufen, Wissen und Bildung zu verbreiten, sondern auch die Sorge für die körperliche Entwickelung der Schuljugend zu übernehmen. Seit Anstellung der Schulärzte ist auf diesem Gebiete ein grosser Fortschritt zu verzeichnen, aber dies allein genügt nicht, denn ebenso wie die kurzsichtigen, schwerhörigen, tuberkulösen Kinder bedürfen diejenigen mit Rückgratsverkrümmungen besonderer Pflege und Behandlung, da hierdurch auch das Entstehen der Tuberkulose bekämpft wird.

Nach den Beobachtungen von Schmidt und Bonn haben 52 Prozent aller Knaben und 59 Prozent aller Mädchen Skoliosen. Eine Zahl, die im Vergleich mit anderen Autoren wohl kaum zu hoch sein dürfte. Die Schule begünstigt entschieden die Rückgratverkrümmung, wenn letztere auch nicht direkt als Schulkrankheit bezeichnet werden kann, denn viele rhachitisch veranlagte Kinder haben bereits eine Skoliose vor Eintritt in die Schule. Man hat natürlich nachgeforscht, ob die Schule als Entstehungsort für die Rückgratverkrümmung zu bezeichnen ist, und hat deshalb der Körperhaltung und der Sitzbank in ihren verschiedenen Formen grosses Interesse entgegengebracht. Der Einfluss der Schule liegt im Anschwellen der Skoliosenzahl von ca. 20 Prozent auf 30 Prozent, und zwar sind die Mädchen erheblich stärker daran beteiligt als die Knaben. In dem Bericht über die Tätigkeit der Berliner Schulärzte im Jahre 1906/07 waren unter 35481 Schulanfängern 833 Fälle mit Rückgratverkrümmungen, das ist zwei Prozent. Aus den Beobachtungen, die über den Kräftezustand angestellt worden sind, geht hervor, dass die schwächlichen Kinder eher zu Wirbelsäulenerkrankungen neigen als die starken und gut entwickelten, und dass die Verkrümmungen sich während der Schulzeit entschieden verschlimmern. Von grosser einschneidender Bedeutung ist die Verhütung der Entstehung der Verkrümmung, sowohl vor wie während der Schulzeit; durch allgemeine Massnahmen, ausreichende Ernährung, Körperpflege, Bäder, Spiel und Sport, Unterweisung der Eltern wird sich viel bessern lassen.

Was soll nun mit den Schulkindern, die Skoliosen aufweisen, geschehen? Vor allen Dingen muss die Feststelluug der Verkrümmung bei entblösstem Körper geschehen, wo dann eine genaue Messung notwendig ist, um ein Uebersehen der Verkrümmung zu vermeiden. Zweifellos besteht eine Notwendigkeit, allen den Kindern, welche nicht durch private Hilfe von den Erscheinungen und Folgen einer Rückgrat-



verkrümmung befreit werden können, von der Schule aus Behandlung zu gewähren.

Da ferner in der Schulzeit eine Neigung zu derartigen Erkrankungen besteht, dürfte die Verpflichtung der Schule zu solcher Hilfe nicht bestritten werden.

Dass die Möglichkeit einer orthopädischen Behandlung in der Schule gegeben ist, beweist ein Bericht der Stadt Düsseldorf, wonach an vier Nachmittagen je $1^1/_2$ Stunden orthopädisch ausgebildete Turnlehrerinnen orthopädischen Turnunterricht erteilten. Der Erfolg blieb auch nicht aus, denn es konnten nach jedem Kursus weit über die Hälfte der Kinder teils geheilt, teils doch als wesentlich gebessert bezeichnet werden.

Auch in Berlin sind Massnahmen getroffen, um den Erscheinungen siegreich entgegentreten zu können. Es wurde von den Schulärzten eine Einigung darüber erzielt, dass in den leichteren Fällen, wo Teilnahme an orthopädischen Kursen in ärztlich geleiteten Anstalten nicht zu ermöglichen ist, für die Kinder bestimmte Uebungen zur Verringerung des Leidens eingerichtet werden müssen. Zum Teil sind es dieselben Uebungen, welche zur Bekämpfung der Tuberkulose als Atmungsgymnastik vorgeschlagen werden müssen. Der Bericht der Berliner Schulärzte 1906/07 spricht davon, wie betrübend es ist, dass die Rückgratverkrümmungen unter den Augen des Schularztes sich verschlimmern, ohne dass bisher hier Abhilfe geschafft werden konnte. Es wird folgende Behandlung vorgeschlagen: Zuerst seien alle skoliotischen Kinder auszusondern und mit entsprechenden Weisungen versehen der orthopädischen Sonderturnstunde zu überweisen. Diese hat etwa drei bis viermal wöchentlich anderthalb Stunden zu währen. Die Turnlehrerinnen sind orthopädisch spezialistisch auszubilden und für ihre Tätigkeit extra zu entschädigen.

Bei vorbeugender Sorgfalt vor der Schulzeit, in- und ausserhalb der Schule und durch die Bekämpfung der Verkrümmung durch die vorgeschlagenen orthopädischen Schulturnkurse dürften sich mit Leichtigkeit die enorm hohen Erkrankungszahlen herabsetzen lassen.

Es wird die Forderung aufgestellt, dass ein Teil der Schulpausen zu gymnastischen Streckübungen verwendet werden soll.

Zum Schluss wird noch ein anderes Gebiet der Orthopädie erwähnt, nämlich die Verhütung des Plattfusses.

Die Merkblätter, die im Auftrage der deutschen Gesellschaft für öffentliche Gesundheitspflege veröffentlicht sind, erscheinen geeignet, dem Uebel wirksam entgegenarbeiten zu können.

P. Redard (Paris). Die derzeitige Behandlung der Skoliose.

Redard würdigt die verschiedenen Methoden der Skoliosenbehandlung und unterzieht die Resultate einer eingehenden Kritik; den wirklichen Fortschritt ergründet er nach eigenen Erfahrungen.

Er hebt besonders den Wert und die Indikationen der gymnastischen Behandlung hervor, welche — seiner Ansicht nach — hauptsächlich auf die Muskulatur einwirkt, auf die Deformität selbst jedoch wenig Einfluss hat.

Die Indikationen für die Kriechmethode nach Klapp müssen sehr eng gefasst werden; diese Methode wirkt nach Redard nur bei leichteren Skoliosen ersten und zweiten Grades.



Auch die mechanische Behandlung bezweckt bloss die Mobilisation, die schlechte Haltung wird nur zeitweilig korrigiert.

Die Indikation der Korsette ist ebenfalls eine beschränkte; dieselben sind nur in der Kombination mit anderen Methoden, hauptsächlich mit der Gymnastik, nützlich.

Bei schweren veralteten Skoliosen vollführt Redard ein progressives Redressement mit Hilfe von Gipskorsetts, seine eigene Methode, das Redressement forcé, beschreibt er eingehend.

Die erlangte Korrektion ist bei sorgfältiger Nachbehandlung ständig; dieselbe besteht hauptsächlich in Gymnastik und im Tragen von ablegbaren Korsetten.

Mencière (Rheims) beschreibt die Technik seiner Skoliosenbehandlung mit Hilfe seines „Auto-Modelleur". Das Wesen des Verfahrens ist eine Atemgymnastik, während der Thorax des Kranken unter pneumatischem Drucke steht; der Thorax ist dann gezwungen, sich der Form des Auto-Modelleurs anzupassen.

Nach Mencière empfiehlt sich das Verfahren hauptsächlich zur Detorsion der Wirbelsäule.

Widder (Budapest). Photographische Abbildungen der leicht ausführbaren Uebungen bei der alltäglichen Skoliosenbehandlung

Vortragender stellt photographische Abbildungen der durch ihn im Anfangsstadium der Skoliose seit Jahren angewendeten Uebungen vor, die vermöge ihrer Einfachheit nicht nur in orthopädischen Instituten, sondern auch im Rahmen der usuellen Turnübungen der Mädchenschulen leicht ausgeführt werden können. Die Uebungen bezwecken durch ihre systematische Anwendung die Redressierung der rechts- und linksseitigen Dorsalskoliosen, Rückenkrümmungen und die richtige Entwickelung der schwachen Muskulatur.

E. Kopits (Budapest). Demonstration eines neuen Stützkorsetts für Spondylitiskranke.

Das demonstrierte Korsett ist nach den Prinzipien Dollingers angefertigt; nur in der Ausführung des vorderen Teiles, sowie in der Verbindung des vorderen Teiles mit dem rückwärtigen weicht es davon ab.

Das Mieder ist so konstruiert, dass das Abdomen vollkommen frei bleibt; die Verbindung der beiden Teile ist auch ohne Zusammenschnürung eine solide. (Vgl. die Originalarbeit in diesem Heft.)

Fred H. Albee (New-York). Eine neue operative Behandlung der Arthritis deformans und gewisser anderer Affektionen des Hüftgelenkes.

Bei vorgeschrittener Arthritis deformans des Hüftgelenkes, Schlottergelenk der Hüfte und Hüftgelenkstuberkulose Erwachsener erreichte Albee eine feste Ankylose nach Resektion der oberen Hemisphäre des Schenkelkopfes, vollkommener Abflachung des Acetabulums und genauer Apposition der frischen Schnittflächen.

Verfasser bespricht eingehend das Resultat von 28 Fällen, welche nach seiner Methode operiert wurden; trotz der Steifheit der Hüfte waren alle seine Patienten mit dem Ergebnisse der Operation sehr zufrieden.



R. Klapp (Berlin). Die konservative Behandlung der chirurgischen Tuberkulose.

In erster Linie ist daran festzuhalten, dass die chirurgische Tuberkulose nicht ausschliesslich als lokales Leiden aufgefasst und nur als solches behandelt werden darf. Zweckmässige Allgemeinbehandlung (Aufenthalt an der See, im Hochgebirge, gute Ernährung, hygienische Lebensbedingungen u. a.) unterstützt die lokale Behandlung wesentlich.

Die in der Berliner Klinik geübten konservativen Verfahren sind:

1. Entlastung und Fixation, die kombiniert ganz streng nur bei der Coxitis tuberculosa angewandt werden und hier unter ambulanter Behandlung sehr gute Resultate, ja in einzelnen Fällen volle Funktionsfähigkeit ergeben. Extensionsbehandlung wird kaum mehr geübt, da sie nicht genügend fixiert und zum Bettliegen zwingt.

2. Jodoformanwendung 10 %.

3. Stauungsbehandlung nach Bier, die Vorschriften dafür sind bekannt.

Neuerdings sind dazu Alkoholinjektionen und Trypsinbehandlung gekommen. Diese Mittel werden meist kombiniert angewandt (Jodoformanwendung ausgenommen).

Zur richtigen konservativen Behandlung ist strenge Indikationsstellung nötig. Die konservative Therapie der chirurgischen Tuberkulose gibt in jenen Fällen die besten Resultate, wenn günstige allgemeine Bedingungen (Jugend, gute Ernährungsverhältnisse und Ernährungsmöglichkeit, gute hygienische Bedingungen) sich vereinigen mit günstigen lokalen Verhältnissen (Befallensein von Gelenken, die gewöhnlich günstig verlaufen, also in erster Linie Hand-, dann Ellbogen- und Fussgelenk).

Lange (München). Die orthopädische Behandlung der Knochen- und Gelenktuberkulose bei Kindern.

Ref. betont die Wichtigkeit der Allgemeinbehandlung, vor allem durch Freiluftbehandlung, dann auch durch genügende Ernährung (etwas Fleisch, reichlich Gemüse, Salat und Obst) und durch Bäder (Sole) und Seifeneinreibungen. Neben der Allgemeinbehandlung muss die Behandlung des entzündeten Gelenkes einhergehen, die in Fixierung und Entlastung besteht Um die Indikation zur Anwendung bezw. Weglassung der Entlastung richtig zu stellen, dient das Röntgenbild, das uns über den Kalksalzgehalt des Knochens den einzig sicheren Aufschluss gibt. Wie das Prinzip der Fixierung und Entlastung im Einzelnen durchgeführt wird, zeigt der Vortragende an der Hand von Verbänden und Apparaten für die verschiedenen Gelenke und Knochen. Die orthopädische Behandlung bringt in der Regel die Entzündung zur Ausheilung. Nur in 5 % der Fälle versagte die orthopädische Behandlung gegenüber den Schmerzen und Fisteln und machte die Resektion oder Amputation notwendig. Von der Beseitigung der Kontrakturen durch redressierende Apparate sieht der Vortragende im Allgemeinen ab. Besteht die Kontraktur noch nicht lange und ist sie nicht hochgradig, so übt er das intraartikuläre modellierende Redressement aus. Bei älteren Kontrakturen, die grosse Widerstände setzen, empfiehlt er die extraartikuläre Osteotomie (an der Hüfte die subtrochantere Osteotomie, am Knie die suprakondyläre Osteotomie). Um eine dauernd gute Stellung zu erhalten, muss aber sowohl nach dem Redressement wie nach der Osteotomie noch ca. 1—2—3 Jahre eine sorgfältige Nachbehandlung



mit Bandagen durchgeführt werden. Die Resektion erfordert eine wesentlich längere Nachbehandlung, deshalb sieht der Vortragende, wenn es sich nur um die Beseitigung der Kontrakturen handelt, in der Regel davon ab. Eine Ausnahme macht nur das Ellbogengelenk, bei dem schon heute durch die Resektion eine annähernd normale Beweglichkeit erzielt werden kann und bei dem deshalb zur Beseitigung der Kontrakturen die Resektion empfohlen wird.

Ludloff (Breslau). Die operative Behandlung der Knochen- und Gelenktuberkulose.

Ludloff versucht in seinem Referate die Frage zu beantworten, wann und unter welchen Bedingungen die operative und wann die konservative Behandlung Platz zu greifen habe. Auf Grund der Ergebnisse der Literatur und nach Beobachtungen an den Kliniken von Eiselsberg, Garrè, v. Mikulicz und Küttner kommt Ludloff zum Resultate Kochers auf dem Kongresse zu Brüssel: „Indikation und Technik sind nach Gelenk und Herd verschieden". Nach Ludloff haben „eine Fülle von Erfahrungen und vertiefte Indikationsstellung diese abgeklärte Ansicht Kochers gezeitigt."

Die Angaben der Statistik, sowie Ludloffs eigene Erfahrungen zwingen ihn zu derselben speziellen Indikationsstellung, die Garrè am selben Kongresse gab, indem er empfahl, Hüftgelenk und Handgelenk konservativ, Kniegelenk und Fussgelenk operativ zu behandeln.

Nach Ludloff scheint Jodoforminjektion und Stauung nur an den Gelenken der oberen Extremität zweckmässig zu sein; an den Gelenken der unteren Extremitäten versagen diese konservativen Methoden auffallend häufig.

E. Gergö-Budapest.

46) **Brückner.** Gesellsch. für Natur- und Heilkunde zu Dresden. 6. III. 09. Münch. med. Woch. 1909. Nr. 25.

Zur Klinik der Rachitis.

Häufigkeit in den Grossstädten (Proletariat!) 80—90%. Bei besseren Ständen auch häufig, aber nicht so schwer. Erblichkeit insofern, als nicht die Krankheit, sondern die körperliche Minderwertigkeit übertragen wird. Beginn der Erkrankung meist im 6.—24. Monat. Rachitis ist keine angeborene Erkrankung. Verwechselung kann vorkommen mit Myxoedem, Osteogenesis imperfecta, Chondrodystrophie, Morbus Barlow, Lues und Mongolismus. Gelegentlich kann die Röntgenuntersuchung wichtig sein. Behandlung: Gute Luft am wichtigsten (Waldheime!). Sonst Ernährung wie gesunde Kinder. Die günstige Wirkung des Phosphorlebertrans auf den Allgemeinzustand ist nicht zu bestreiten (Phosphornährpräparate sind abzulehnen). Kalksalz- und Organpräparate haben sich als unwirksam erwiesen. Die Wirkung von Salzbädern erscheint nicht sicher. **Ewald**-Hamburg.

47) **Rietschel.** Gesellsch. für Natur- und Heilkunde zu Dresden. 6. III. 09. Münch. med. Woch. 1909. Nr. 25.

Ueber den Stoffwechsel bei Rachitis.

Der primäre Mangel an Kalk führt nie zum Bilde der Rachitis, sondern der Osteoporosis. Bei der Rachitis hat der normal wachsende Knochen die Fähigkeit verloren, das osteogene Gewebe zu verkalken, weil die Zellen in ihrem biologischen Grundcharakter so verändert sind, dass sie zur Aufnahme und Assimilation des Kalkes unfähig werden. Stoffwechselversuche sind ausser-



ordentlich schwierig, weil die floriden Stadien klinisch im Beginn nicht erkannt werden und später, wenn schon Heilungstendenzen auftreten, nicht mehr einwandfrei sind. Vorläufig wissen wir vom Stoffwechsel der Rachitis noch gar nichts. **Ewald** - Hamburg.

48) **Schmorl**. Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Dresden. 27. II. 09. Münch. med. Woch. 1909. Nr. 24, p. 1256.

Die pathologische Anatomie der Rachitis.

Die Rachitis ist eine den gesamten Organismus betreffende Erkrankung, die am Knochensystem nachweisbare Veränderungen hervorruft: das während des Bestehens der Erkrankung gebildete, unter normalen Verhältnissen der Verkalkung anheimfallende Knochen- und Knorpelgewebe bleibt kalklos. Das kalklose Knochengewebe findet sich in stark vermehrter Dicken- und Flächenausdehnung in allen Skeletteilen. Der alte kalkhaltige Knochen schwindet während der Erkrankung und an seine Stelle tritt durch Massenproduktion minderwertiges kalkloses Gewebe (daher die Weichheit der rachitischen Knochen!). Der Knochenschwund erfolgt nicht durch Halisterese, sondern wie im normalen Gewebe durch Osteoklasten und perforierende Kanäle. Eine abnorme starke Knorpelwucherung findet nicht statt, nur bleibt der Knorpel erhalten und wird nicht, wie in der Norm, eingeschmolzen und in lamellären Knochen überführt. Wichtig ist die Persistenz der Knorpelkanäle, die bei der normalen Ossifikation im Mark aufgehen. Dadurch wird bewiesen, dass die Knorpeleinschmelzung aufgehoben ist oder wenigstens nicht regelmässig von statten geht, und dass die Ablagerung der Kalksalze gehindert ist. — Angeboren hat S. die Rachitis nie beobachtet, beginnende Erkrankung im 2. Monat, nach dem 4. Lebensjahre nur ausnahmsweise. (Material von 386 Fällen im Alter von 1 Monat bis 4 Jahren.) Die Rachitis tarda unterscheidet sich in nichts von der infantilen Rachitis, zwischen ihr und der Osteomalacie bestehen unmerkliche Uebergänge. Die Aetiologie ist noch dunkel; bei kalkloser Nahrung hat man nur eine Osteoporose erzeugen können. Infektion ist nicht ganz auszuschliessen (Morpurgos Rattenversuche!). Die Tier-Rachitis scheint mit der menschlichen identisch zu sein. **Ewald** - Hamburg.

49) **Schanz**. Gesellsch. für Natur- und Heilkunde zu Dresden. 6. III. 09. Münch. med. Woch. 1909. Nr. 25.

Ueber rachitische Deformitäten.

Die meisten rachitischen Verkrümmungen sind statische Belastungsdeformitäten. Da die Körperlast auf eine Tragsäule (Wirbelsäule und Beine) wirkt, die mit ihren Endquerschnitten an Horizontalebenen gebunden ist (Fussbodenebene und Blickebene), so verbiegt sich die Tragsäule unter Bildung einer Haupt- und zwei Gegenkrümmungen an den Enden. Ihr Aequivalent finden letztere in differenten Gelenkstellungen. Neben der Belastung spielt der Muskelzug eine Rolle. Zufällige Einflüsse sind Druck der Kleider, der Bettdecke, der Kinderwärterin. — Setzt sich die Deformität auf das physiologische O-bein des Kindes im 1. Lebensjahre, so kommt es zum rachitischen O-bein. Umgekehrt ist es im 2. Lebensjahre, wo ein X-bein physiologisch ist. — Die Prognose ist günstig, immerhin verdanken 10% aller Krüppelkinder der Rachitis ihr Leiden. Deswegen soll rechtzeitig eine Allgemein- und Lokalbehandlung einsetzen. Als Ernährung empfiehlt S. abwechselnd vegetabilische Kost ohne Lebertran und Milch (doch soll in den



Frühstadien der Rachitis die Ernährung eine andere sein). Die Deformitätenbehandlung ist die übliche. — Ungelöste Fragen sind die Verschiedenheit der Prognose, die Spontanheilung, die Art, wie die physikalischen Eigenschaften der Knochen von der Rachitis verändert werden. **Ewald** - Hamburg.

50) **Wirth**. Aerztlicher Verein in Hamburg. 29. VI. 09.
Hamb. Aerzte-Korrespondenz. 1909. Nr. 27.

W. führt zahlreiche Röntgenbilder vor, die von frischen Fällen frakturierter und disloziert geheilter Röhrenknochen im Kindesalter aufgenommen worden waren. Fast durchweg ergab die Nachuntersuchung nach Jahren ein gutes funktionelles Resultat. **Ewald** - Hamburg.

51) **Tillmann**. Allgemeiner ärztlicher Verein zu Köln. 15. III. 09.
Münch. med. Woch. 1909. Nr. 26.

Ueber Myositis ossificans nach Luxationen.

In den den Gelenken benachbarten Muskeln zeigen sich 1—3 Wochen nach der Verletzung Knochenneubildungen, so bei Schulterverrenkung im M. coracobrachialis, bei Ellenbogenluxationen im brachialis internus, bei Hüftverrenkungen in den Muskeln an der Hinterfläche des Hüftgelenks. Die Beweglichkeit dieser Gelenke nimmt langsam ab, die Muskeln zeigen eine derbe Infiltration, die von Tag zu Tag härter wird. Der Schatten im Röntgenbild wird nach und nach deutlicher. Bei der Operation findet man Knochenmassen im Muskel eingebettet. (Röntgenbilderdemonstration.) Erfolg der Operation ist am Ellenbogen gut, an Schulter und Hüfte mässig. Ohne Operation schwinden die Knochenneubildungen nicht. Bemerkt man nach Luxation also ein Nachlassen der Beweglichkeit, so soll man mit mediko-mechanischen Massnahmen aufhören und Röntgenaufnahmen machen. — Ursache der Myositis ist die Abreissung von kleinsten Periostteilchen, die bei der Verletzung oder Einrenkung sich loslösen, vielleicht wirkt auch die versprengte Gelenkflüssigkeit mit. **Ewald** - Hamburg.

52) **Plate**. Aerztlicher Verein in Hamburg. 29. VI. 09.
Hamb. Aerzte-Korrespondenz. 1909. Nr. 27.

Vorstellung eines 29jähr. Feuerwehrmannes, der vor 1 Jahr ein Trauma der Wirbelsäule erlitten hat, Klagen über Schmerzen bei Belastung der Wirbelsäule (Gehen, Sitzen u. s. w.). Im Röntgenbild Zeichen der Spondylitis deformans der Lendenwirbelsäule (Spangenbildung). Pat. trägt ein Korsett, wurde mit elektrischem Glühlicht bestrahlt und mit dem von P. angegebenen Grandiscutor (Reizung der Haut dadurch, dass Samenkörner durch Druckluft gegen die Haut geschleudert werden) behandelt. Jetzt ist die Wirbelsäule völlig schmerzfrei geworden. **Ewald** - Hamburg.

53) **Doevenspeck**. Aerztlicher Verein zu Essen-Ruhr. 23. III. 09.
Berl. klin. Woch. 1909. Nr. 23.

Ein 20jähriges Mädchen hatte eine Lähmung des Plexus brachialis nach Verletzung des rechten Handrückens davongetragen. Völlige motorische und sensible Lähmung sämtlicher Armnerven. D. nahm Quetschung des Plexus zwischen Klavikula und I. Rippe oder Zerrung während des Unfalls an. 14 Wochen nach dem Unfall wurde von Bardenheuer (Köln) der Plexus freigelegt; man fand die Subcutis und die Scaleni in Narbengewebe verwandelt, den Plexus mit einer mehrere Zentimenter breiten Schnürfurche. Bardenheuer



legte die Stränge völlig frei, verkürzte auch den Deltoideus und Beugesehnen an mehreren Stellen des Ober- und Unterarms. Bisher ist der Erfolg gleich 0, doch gibt D. die Hoffnung auf Besserung noch nicht auf.

Mendel hält die sofortige Operation nicht für gerechtfertigt und will zunächst versuchsweise Fibrolysin angewandt wissen. **Ewald**-Hamburg.

54) **Hemptenmacher**. Wissenschaftl. Verein der Aerzte in Stettin. 2. III. 09. Berl. klin. Woch. 1909. Nr. 22.

Ein Pat. litt infolge eines Unfalls an Sensibilitätsstörungen im Ulnarisgebiet. Das Röntgenbild ergab eine Absprengung des Epicondylus int. humeri. Bei der Operation erwies sich die Dicke des Nerven an der Stelle der Verletzung auf die Hälfte reduziert (Ueberdehnung des Nervus ulnaris). Der Nerv wurde isoliert und in einer neu eingemeisselten Knochenrinne fixiert. Schon nach 17 Tagen war die Sensibilität völlig normal. **Ewald**-Hamburg.

55) **Drehmann**. Breslauer chirurgische Gesellschaft. 10. V. 09. Berl. klin. Woch. 1909. Nr. 23.

Prothesen zum Ersatz beider Hände.

Ein 16jähriger Lehrling erhielt die von Höftmann angegebenen einfachen Handprothesen mit auswechselbaren Ansätzen, womit er die verschiedensten Vorrichtungen vornehmen kann. **Ewald**-Hamburg.

56) **K. Noesske**. Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Dresden. 13. III. 09. Münch. med. Woch. 1909. Nr. 27.

Ueber den plastischen Ersatz von ganz oder teilweise verlorenen Fingern, insbesondere des Daumens und über Handtellerplastik.

Bei erhaltenen Sehnen und Gelenken sollen Finger, wenn irgend möglich, nicht amputiert werden. Demonstration eines 43jähr. Steinbrucharbeiters, dem die volaren Weichteile des rechten Daumens mittels der zweizeitigen Plastik aus der Brusthaut ersetzt wurden, so dass er denselben trotz mangelnder Beugesehne und trotz kallöser Ankylose des Zwischengelenks wieder gebrauchen konnte. — Bei einem 13jähr. Knaben ersetzte N. den verloren gegangenen Daumen durch ein in das Köpfchen des Metakarpale I eingerammtes Tibiastück (Periost-Knochen) und aus der Haut der Brust, die als Weichteilhülle des Daumens zuerst gebildet wurde und erst völlig als schlauchförmige Hülle vernarbt war. Die Konsolidation des Tibiastücks mit dem Metakarpale war nach 3—4 Wochen schon ziemlich fest. Keine Knochenresorption (Röntgenbild), gute Gebrauchsfähigkeit, Opposition, auch für feinere Verrichtungen.

Skizzierung der Methoden. Ersatz von Fingern durch Zehen hält N. nicht für zweckmässig.

Weiter hat N. bei einem jetzt 13jähr. Knaben vor 4½ Jahren die Haut fast des ganzen Handtellers aus der Haut der Brust ersetzt. Die Hand und Finger sind völlig beweglich und funktionstüchtig, der überpflanzte Lappen ist mitgewachsen, so dass nirgends Kontrakturen sichtbar sind. Demonstration von mikroskopischen Präparaten überpflanzter Hautstücke. **Ewald**-Hamburg.

57) **Sackur**. Breslauer chirurgische Gesellschaft. 10. V. 09. Berl. klin. Woch. 1909. Nr. 23.

Eine Kahnbeinfraktur der rechten Hand wurde konservativ behandelt und hinterliess nur eine geringfügige Beschränkung der Dorsalflexion, aber eine



fatale Lockerheit des Handgelenks, sodass Pat. einen breiten Lederriemen um das Handgelenk tragen musste. Da nach $1^1/_2$ Jahren immer noch Schmerzen im Gelenk vorhanden waren, sich auch krampfartige Zustände der Finger beim Schreiben dazugesellt hatten, da ferner das Röntgenbild ergab, dass die Fragmente nicht zusammengeheilt waren, so wurde das kleinere Bruchstück, das mit dem anderen fibrös verwachsen war und schon Arthritis deformansveränderungen zeigte, entfernt. Der Erfolg war so gut, dass der Pat. nach einiger Zeit Kavallerist werden konnte. — Man soll sich bei dauernden Beschwerden zur Operation entschliessen.

Goebel hat einmal bei Luxation des Navikulare und Lunatum das erste exstirpiert, jedoch ohne Erfolg. Er rät, die ganze proximale Handwurzelknochenreihe zu entfernen.

Ludloff meint, dass eine vollständige Exstirpation des Navikulare wegen dessen wichtiger Funktion unter allen Umständen vermieden werden muss.

Ewald-Hamburg.

58) **Dreifuss.** Aerztlicher Verein in Hamburg. 29. VI. 09.
Hamburger Aerzte-Korrespondenz. 1909. Nr. 27.

Vorstellung eines Patienten mit Abriss der Streckaponeurose von der Endphalanx des 4. Fingers, der durch Massage, Schienenverbände und Tragen eines Däumlings mit eingenähter dorsaler Schiene noch 4 Wochen nach dem Unfall trotz der Flexionsstellung von 90° in kurzer Zeit mit gutem funktionellem Resultat geheilt wurde. **Ewald** - Hamburg.

59) **Ad. Schmidt.** Verein der Aerzte in Halle a. S. 3. III. 09.
Münch. med. Woch. 1909. Nr. 26.

Das 30jähr. Mädchen bekam im Laufe der letzten 6 Jahre zunehmende Schmerzen in den Gelenken der Arme, den Muskeln und Sehnen der Vorderarme und Füsse. Bei Witterungswechsel und Anstrengungen schmerzhafte Knotenbildungen in den Sehnen und Sehnenscheiden, die sich langsam wieder zurückbilden bis zur nächsten Gelegenheit. Steifigkeit der Finger. Keine Gicht, keinen Rheumatismus acutus gehabt. Es besteht eine partielle Ankylose der Ellenbogen-, Hand- und verschiedener Fingergelenke. Dupuytrensche Kontraktur beiderseits im Beginn. Die Sehnen und Sehnenscheiden fast aller Vorderarm- und Unterschenkelmuskeln sind mit kleinen fühlbaren hanfkorn- bis linsengrossen Knoten durchsetzt. Aehnliche Knoten auch am Periost der Ulna. Ein exstirpierter Knoten enthielt keine Harnsäure, auch keine Nekrosen, er bestand lediglich aus Bindegewebe. — Daneben Zyanose und Asphyxie. Diagnose: Rheumatismus nodosus, kombiniert mit Raynaudscher Krankheit und Dupuytrenscher Kontraktur. **Ewald**-Hamburg.

60) **Drehmann.** Breslauer chirurgische Gesellschaft. 10. V. 09.
Berl. klin. Woch. 1909. Nr. 23.

Vorstellung eines geheilten Falls von Coxa vara adolescentium.

Der durch unblutiges Redressement geheilte Fall ist wieder völlig arbeitsfähig, die Bewegungen im Gelenk sind nicht mehr beschränkt. D. betont, dass er nur bei Coxa vara adolescentium die Methode anwendet, nicht jedoch bei Coxa vara traumatica, wo die schräge subtrochantere Osteotomie auszuführen ist. Nach der Osteotomie sind die Adduktoren zu dehnen.



Ludloff hat vor 3 Jahren bei einer Coxa vara nach alter Epiphysenlösung ebenfalls eine Reposition der Fragmente durch Abduktion herbeigeführt. Resultat: knöcherne Heilung und befriedigendes Resultat.

Ewald - Hamburg.

61) **Deutschländer.** Aerztlicher Verein in Hamburg. 29. VI. 09.
Hamb. Aerzte-Korrespondenz. 1909. Nr. 27.

Demonstration eines durch Resektion gewonnenen Präparates von einem Tabikerkniegelenk. Hochgradige Verdickung der Gelenkkapsel, fast völliges Fehlen des intraartikulären Bandapparats und der Menisken, Usurierung resp. Schwund des Knorpels, Knorpelwucherungen an der Kniescheibe, Deformierung der Gelenkkörper, freie und teilweise fixierte Gelenkkörper. Die Resektion war vorgenommen worden, um die Anlegung eines einfachen Stützapparates zu ermöglichen. **Ewald**-Hamburg.

62) **Schiller**. Aerztlicher Verein in Nürnberg. 28. 5. 09
Münch. med. Woch. 1909. 36.

Die typische Erkrankung der Tuberositas tibiae in der Adolescenz.

Man hat diese Erkrankung auf verschiedene Ursachen zurückgeführt: Abrissfraktur des Epiphysenfortsatzes, gutartige Osteomyelitis, rarefizierende Ostitis, ossifizierende Periostitis, traumatische Störung des Ossifikationsprozesses, Spätrachitis, Wachstumsdeformität.

Nach Sch. hat man zu unterscheiden:

1. den vollständigen Abriss des schnabelförmigen Epiphysenfortsatzes,
2. den unvollständigen Abriss infolge Trauma,
3. die in der Adoleszenz sich allmählich entwickelnden schmerzhaften Anschwellungen der Tuberositas tibiae einseitig oder doppelseitig.

Demonstration der Röntgenbilder eines 16jährigen Jünglings, bei dem seit 7 Monaten eine schmerzhafte Schwellung der Tuberositas tibiae bestand, ohne dass eine Ursache dafür bekannt war. — Es handelt sich um eine Störung des Ossifikationsprozesses, vielleicht Konstitutionsanomalie (z. B. hereditäre Lues).

Ewald-Hamburg.

63) **Stubenrauch.** Aerztlicher Verein zu München. 9. VI. 09.
Münch. med. Woch. 1909, 36.

Wegen einer lange bestehenden Spina ventosa des Grundglieds des 1. Mittelfingers, durch deren Eiterung auch die Strecksehne verloren gegangen war, wurde die Phalanx samt Fisteln exstirpiert und die Grundphalanx der 3. Zehe nebst einem 7 cm langen Stück Strecksehne in den Defekt des Fingers transplantiert. 6 Wochen nach der Operation kann das Kind den Finger gut bewegen, allerdings mehr beugen als strecken. Im Röntgenbild ist an der Struktur der implantierten Phalanx keinerlei Aenderung zu sehen. **Ewald** - Hamburg.

64) **R. Jones** (Liverpool). 77. Jahresversammlung der British med. Association in Belfast. 28. und 29. VI. 09.
Münch. med. Woch. 1909, 37.

Klumpfussbehandlung.

Nur der pes equino varus bietet Schwierigkeiten. Er soll so früh als möglich behandelt werden. Die Achillestenotomie heilt stets zusammen. Die



Rotation der Fibula und Tibia lässt sich durch tägliche Torsionen mit beiden Händen leicht beseitigen. Soba'd die Fälle besser werden, soll man die Kinder laufen lassen. Ueberkorrektionen sind zu vermeiden. Bei veralteten Fällen soll man zunächst redressieren, dann erst Knochenoperationen vornehmen.

Tubby entfernt in schweren Fällen den Talus. E. Owen (London) fixiert den überkorrigierten Fuss drei Wochen lang, dann sind weitere Eingriffe meist unnötig. In schweren Fällen macht er die Operation nach Phelps.

Jones macht darauf aufmerksam, dass ein Rezidiv nach der Phelpsschen Operation hoffnungslos ist. **Ewald** - Hamburg.

65) **Sinding-Larsen.** VIII. Versammlung des nordischen chirurgischen Vereins in Helsingfors. 19.—21. VIII. 1909.
Zentralblatt für Chirurgie 1909. Nr. 41.

Die konservative Koxitisbehandlung.

Neben der Allgemeinbehandlung ist die Fixation das souveräne Mittel gegen Schmerzen, Destruktion, Kontraktur und Abszesse. Sie muss dauernd sein, bis die Krankheit abgelaufen ist. Durch die Extension können fehlerhafte Stellungen korrigiert, nicht aber Schmerzen und Destruktionen hintangehalten werden. Entlastung ist notwendig, nur solange die Belastung schmerzt. Beim Abszess Punktion und Jodoform. Behandlungsdauer der Koxitis durchschnittlich 3 Jahre. Danach ev. orthopädische Nachbehandlung weiter mehrere Jahre. 95 % aller Fälle können konsèrvativ behandelt werden. In 10 % wird restitutio ad intregrum erreicht. Nnr wenn alles Kranke entfernt werden kann, ist die Resektion am Platze. Spezialkrankenhäuser für Koxitisbehandlung sind erforderlich.

Diskussion: v. Bonsdorff spricht über die Technik der Koxitisoperation, die erstreben muss, alles Kranke zu entfernen. 50—70 % Heilungen, Mortalität 8 %. Indikation zur Operation ist ein abgegrenzter Knochenherd, der entfernt werden kann, ferner die vergebliche Punktion, Verschlechterung des Allgemeinbefindens, hochgradige Destruktion. Selbst eine Exartikulation hält er für gerechtfertigt. Borelius (Lund) hat früher die Koxitis operativ behandelt, jetzt ist er fast konsequent konservativ, und zwar ohne Hilfe von Spezialkrankenhäusern. Von 62 Pat. sind 65 % geheilt, 11 % nicht gebessert, 24 % gestorben. **Ewald** - Hamburg.

Personalien.

Der in Dresden neubegründete Verein „Krüppelhilfe" will eine Krüppelpoliklinik eröffnen, an welcher unter Leitung von San.-Rat Dr. Schanz ein Assistenzarzt selbständige Tätigkeit ausüben soll. (Meldungen nimmt Herr S.-R. Dr. Schanz entgegen.

Den Spezialärzten für Orthopädie Dr. Ottendorff und Dr. Ewald in Hamburg-Altona wurde die ärztliche Leitung des Krüppelheims Alten-Eichen in Stellingen bei Altona übertragen.

Der Priv.-Doz. der Chirurgie Dr. W. Chlumsky in Krakau erhielt den Titel eines a. o. Professors.

Die Deutsche Vereinigung für Krüppelfürsorge hat in einer Sitzung im preussischen Kultusministerium am 17. Oktober zum Ehrenvorsitzenden Herrn Ministerialdirektor Förster-Berlin, zu Vorsitzenden die Herren Geh. Ober-



Medizinalrat Prof. Dr. Dietrich-Berlin, Prof. Lange-München, Prof. Rohrhurst-Heidelberg, zu Schriftführern Dr. Biesalski-Berlin, Dr. Rosenfeld-Nürnberg, zu Schatzmeistern Kommerzienrat Eichmann-Berlin, Geh. Kommerzienrat Jüdel-Braunschweig gewählt. In den Ausschuss wurden eine grosse Zahl Männer und Frauen aus allen an der Krüppelfürsorge beteiligten Kreisen gewählt. Zu Ostern 1910 soll der erste deutsche Kongress für Krüppelfürsorge in Berlin tagen. Die Vereinigung macht es sich zur Aufgabe, alle an der Krüppelfürsorge beteiligten Elemente unbeschadet ihrer Konfession und ihres Berufes oder sonstigen Anschauungen zu sammeln. Ihr Organ ist die Zeitschrift für Krüppelfürsorge. Interessenten erhalten Auskunft bei der Geschäftsstelle, Berlin S. 59, Fontanepromenade 10.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. Dr. **O. Vulpius** in Heidelberg, Luisenstr. 1—3, oder an die Verlagsbuchhandlung **S. Karger** in Berlin NW 6, Karlstr. 15, einsenden.



Sach-Register.

Die **fett** gedruckten Zahlen bezeichnen Original-Arbeiten.
Bz. = Buchanzeige. P. = Personalien.

A.

B.

C.

D.

E.

F.





H.

I.



L.

M.

P.



T.



U.

V.

W.



Y.

Z.

Namen-Register.

A.

B.





Zentralblatt
für
Chirurgische und Mechanische Orthopädie
einschliesslich der gesamten Heilgymnastik und Massage

Redigiert von

Prof. Dr. O. Vulpius

in Heidelberg.

Band IV

Mit zahlreichen Abbildungen im Text.



BERLIN 1910

VERLAG VON S. KARGER

KARLSTRASSE 15



Druck von H. Klöppel, Quedlinburg.



Zentralblatt
für
Chirurgische und mechanische Orthopädie
einschliesslich der gesamten Heilgymnastik und Massage.

Redigiert von
Prof. Dr. O. Vulpius
in Heidelberg.

Verlag von
S. Karger in Berlin
NW., Karlstrasse 15.

Monatlich erscheint ein Heft im Umfang von 48 Seiten. Preis des Jahrgangs Mk. 15,—. Zu beziehen durch die Post und durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes.

Bd. IV. **Januar 1910.** **Heft 1.**

Hetol in der Chirurgie.*)

Von

Dr. WEISSMANN,

prakt. Arzt in Lindenfels im Odenwald.

M. H. Wenn ich es unternehme, heute zu Ihnen über Hetol in der Chirurgie zu sprechen, so dürfen Sie nicht erwarten, dass ich besonders grosse Erfahrung auf diesem Gebiete habe oder dass überhaupt auch von anderen Autoren ein grösseres Material vorliege. Das ist keineswegs der Fall. Die Erfahrungen mit Hetol in der Chirurgie sind wenig zahlreich, die Methode der Hetolbehandlung bei chirurgischer Erkrankung ist noch garnicht ausgebaut. Das erscheint im ersten Augenblick befremdlich, da doch Albert Landerer Chirurg war, und es für ihn nahe gelegen hätte, auf seinem Spezialgebiete die Hetolbehandlung ganz besonders zu studieren. Doch Landerer wurde durch die Verhältnisse und infolge des Ueberwiegens der Lungentuberkulose der Zahl nach zur Behandlung dieser gedrängt und so ist es erklärlich, dass er zunächst bemüht war, die Hetoltherapie der internen Tuberkulose wissenschaftlich auszubauen, obwohl doch seine ganzen Untersuchungen von der Beobachtung chirurgischer Tuberkulosen ihren Ausgang genommen haben.

Von anderen Chirurgen ist die Hetolbehandlung nur ganz vereinzelt, von Vulpius und Niehues nachgeprüft. Vulpius hat

*) Ref. erstattet in der Sitzung der „Freien ärztlichen Gesellschaft zum Studium der Tuberkulose mit besonderer Berücksichtigung der Hetolbehandlung" in Kassel am 24. Okt. 1909.



früher, so weit bekannt, besondere Erfolge nicht erzielt, ja bei Anwendung des Hetokresols üble Folgen wie Schüttelfrost gesehen. Er scheint aber selbst zu glauben, dass er wohl die Methode nicht richtig angewendet habe, denn seit etwa Jahresfrist hat Vulpius seine Nachprüfnngen wieder aufgenommen. Bis jetzt ist er zu einem sicheren Urteil über den Wert des Hetols nicht gekommen. Aeussere Verhältnisse, wie häufiger Wechsel der Assistenten, haben die Zuverlässigkeit der Beobachtungen wie der Ausführung der Methode nicht gerade günstig beeinflusst. Niehues hat über 63 Fälle chirurgische Tuberkulose berichtet, von denen 23 geheilt und 9 gebessert wurden. Von ganz vereinzelten Fällen berichten Hödlmoser, Lassar, Fehde, Bruch, Krone, Deitermann, Blum, Reynier. Ich selbst habe 7 Fälle chirurgischer Tuberkulose behandelt. Weder aus der Literatur noch aus persönlichen Mitteilungen sind mir weitere Fälle bekannt geworden.

Wie Sie sehen, liegt also nur ein sehr mässiges Material in dieser Frage vor. Wenn ich trotzdem das Thema „Hetol in der Chirurgie“ auf die Tagesordnung gesetzt habe, so geschah das in der Hoffnung, dass erstens vielleicht dieser oder jener angeregt wird, Hetol bei chirurgischer Erkrankung nachzuprüfen und zweitens, dass vielleicht einer oder der andere noch Erfahrungen in dieser Beziehung hat und entweder hier in der Diskussion oder auch in der Fachpresse Mitteilung hiervon macht.

Wenn ich kurz die Methode schildern soll, so dürfte in erster Linie bei allen Fällen chirurgischer Tuberkulose die intravenöse Injektion zur Anwendung kommen. Gerade die Tatsache, dass die Todesursache bei chirurgischen Tuberkulosen doch fast stets in inneren Tuberkulosen, in Metastasen zu suchen ist, lässt es ausserordentlich wichtig erscheinen, neben der lokalen Behandlung zu versuchen, die inneren Herde günstig zu beinflussen. Bei geschlossenen Tuberkulosen chirurgischer Natur werden wir ausserdem noch Hetol lokal injizieren, wir werden den Heilungsprozess durch Immobilisation, durch Entlastung, durch Biersche Stauung je nach Lage des Falles zu unterstützen suchen. Bei Vereiterungen werden wir zu atypischen Operationen greifen müssen, kurz und gut, wir werden bei der Hetolbehandlung chirurgischer Tuberkulosen der rein chirurgischen Hilfsmittel nicht entraten wollen, so wenig wir bei der Behandlung interner Tuberkulosen uns einseitig begnügen mit der intravenösen Hetolinjektion ohne die persönliche Hygiene unserer Patienten zu überwachen und ohne alle für den betreffenden Fall geeigneten anderen Hilfsmittel heranzuziehen.

Einer so durchgeführten Hetolbehandlung chirurgischer Tuberkulosen wird von Landerer und anderen nachgerühmt, dass ihre Dauer wesentlich abgekürzt werde, dass bei ihr Rezidive seltner seien, dass die Beweglichkeit der Gelenke eine bessere werde und dass, wie schon erwähnt, etwa vorhandene innere Herde günstig beeinflusst werden.

Ich möchte Ihnen nun noch kurz eine statistische Zusammenstellung über die mit Hetol behandelten chirurgischen Fälle geben, soweit es mir möglich war, sie aus der Literatur und aus persönlichen Mitteilungen zusammenzustellen:

Hüftgelenksentzündungen 34
15 geheilt, 8 gebessert, 11 nicht gebessert.

Kniegelenksentzündungen 36
24 geheilt, 8 gebessert, 4 nicht gebessert.

Fussgelenksentzündungen 21
16 geheilt, 1 gebessert, 2 amputiert und trotz Erkrankung der Lunge geheilt, 2 nicht gebessert.

Schulter-, Ellenbogen- und Handgelenksentzündungen 24
18 geheilt, 1 gebessert, 5 nicht gebessert.

Spina ventosa 3, alle geheilt.

Spondylitis 14,
5 geheilt, 3 gebessert, 6 nicht gebessert.

Sonstige 26, darunter 1 Hodentuberkulose, 2 Sehnenscheidentuberkulosen und 2 tub. Rippenkaries
18 geheilt, 2 gebessert, 6 nicht gebessert.

Lupus 4, 4 Dauerheilungen über 2 Jahre.

Zusammen sind das also 162 Fälle, geheilt wurden 105, gebessert 23, nicht gebessert 34. In Prozenten ausgedrückt wurden 64,6% geheilt, 14,2% gebessert und 21,2% nicht gebessert. Erfolge sind also zu verzeichnen in 78,8% der Fälle, eine Tatsache, die gewiss geeignet erscheint, zu weiteren Versuchen mit der Hetolbehandlung bei chirurgischen Tuberkulosen zu ermuntern.

---

1) **Jules Lemaire** (Paris). Malformations congénitales, familiales, héréditaires des mains et des pieds.

Revue d'orth. 1909. Nr. 3.

Zwei Brüder, 19 und 25 Jahre alt, deren syphilitische Mutter beiderseits sechs Zehen aufweist und deren Bruder an jeder Hand nur den Daumen und zwei Finger hatte, zeigen folgende Missbildungen:



Pat. I hat eine Syndaktylie zwischen 3. und 4. Finger an beiden Händen, Flexionskontraktur des linken Zeigefingers, zangenförmige Füsse (ausgebildet ist nur die grosse und die kleine Zehe, die beide hummerscheerenförmig gegeneinandersehen.

Beim II. Pat. ist die linke Hand normal, die rechte zeigt Syndaktylie des Daumens mit dem Zeigefinger, ferner ein kleines Rudiment eines überzähligen Fingers zwischen Zeige- und Mittelfinger. Die Füsse sind denen des Bruders ähnlich. Das Röntgenbild zeigt bei beiden Pat. normale Fusswurzelknochen, Fehlen des 2. Metatarsale, sowie sämtlicher Phalangen der 2. und 3. Zehe.

Ewald-Hamburg.

2) **Wiesermann.** Ueber Chondrodystrophia foetalis mit besonderer Berücksichtigung ihrer Entstehung durch mechanische Ursachen.

Diss. Marburg. 1909.

W. hat genaue makroskopische und mikroskopische Untersuchungen bei einem Fall vorgenommen, bei dem alle Zeichen vorhanden waren, die für die Chondrodystrophia foetalis hypoplastica charakteristisch sind. Auf Grund der Ergebnisse dieser seiner Untersuchungen, die genau und ausführlich wiedergegeben sind, kommt er zu der Ansicht, dass alle Veränderungen, die er an den Knochen finden konnte, sich gut auf eine gleichzeitige Beeinflussung von aussen, in dem Sinne einer konstanten, chronischen Kompression derselben beziehen lassen, und zwar glaubt Verf. diese Schädigung in der einhüllenden Haut suchen zu müssen, die er eingehend untersucht hat. Diese Befunde stimmten im wesentlichen mit denen Schwendeners überein. Die in allen Schichten hypertrophische Haut umschloss straff und fest gewulstet die Knochen; von Falten der Haut, wie sie Kaufmann gefunden haben will, war keine Spur vorhanden. Demnach kann es wohl nach W.'s Ansicht die Haut gewesen sein, die, wie eine enge, fest elastische Hülle die Knochen von frühen Wachstumsperioden an umspannt, ihr Wachstum also allseitig gehemmt und sie zu Deformationen gezwungen hat.

Blencke-Magdeburg.

3) **Gordon Moir.** Achondroplasia occuring in a chinaman.

British medical Journal. 1909. Nr. 2539.

Beschreibung eines 58 jährigen, 42 Zoll hohen Chinesen mit Achondroplasia. Diese bei Chinesen noch nicht beschriebene Krankheit weist keine Unterschiede von dem typischen Bilde auf.

Mosenthal-Berlin.



4) **J. A. Schabad** (Petersburg). Der Kalk in der Pathologie der Rachitis.

Berl. klin. Wochschr. 1909. Nr. 18.

S. fand bei 5—7½ Monate alten gesunden Kindern einen geringeren Aschegehalt der Knochen als bei Neugeborenen (50 bis 54% gegen 60%). Noch stärker war die Verarmung der rachitischen Knochen an Asche, so dass der Wassergehalt sowie die organischen Bestandteile die Asche überwiegen. Bezüglich der Entstehung der Rachitis schliesst sich S. der chemischen Theorie, wenigstens für einen Teil der Fälle an (Kalkhunger). Zum Beweis dienen die Experimente, die bei wachsenden Hunden mit kalkarmer Nahrung immer eine der Rachitis sehr ähnliche Krankheit hervorrufen konnten, wenn auch im Bau der Knochen ein Unterschied histologisch erkennbar ist („pseudorachitische Osteoporose“ Stoelzners). — Ferner fand S. den Kalkgehalt der Milch von Müttern rachitischer Säuglinge geringer als normal (0,0237% gegen 0,036 bis 0,047), weshalb der Kalkbedarf des Körpers nicht gedeckt werden kann. Bei künstlicher Ernährung wird die Kalkzufuhr eine noch geringere, da die Kuhmilch 2½ mal schlechter ausgenützt wird als die Frauenmilch. Die Folgen sind pathologische Veränderungen in den Knochen. Wahrscheinlich spielt bei den Dyspepsien der Rachitiker auch eine ungenügende Resorption des Kalkes aus dem Darm eine Rolle. S. glaubt sich berechtigt als Abart der echten Rachitis das Krankheitsbild einer „Pseudorachitis infolge Kalkhunger“ aufstellen zu dürfen. **Ewald**-Hamburg.

5) **J. A. Schabad** (Petersburg). Der Kalk in der Pathologie der Rachitis.

Berlin. klin. Woch. 1909. Nr. 20.

Infolge seiner Untersuchungen bezüglich des Kalkstoffwechsels bei Rachitis in 22 Fällen kommt S. zu dem Schlusse, dass während der Entwicklung der Krankheit eine Ausscheidung von Kalk aus dem Organismus stattfindet und zwar in den Darm hinein, während sie durch den Harn nicht gesteigert ist. Ebenso übersteigt die Gesamtsumme des durch Harn und Kot ausgeschiedenen Phosphors im progredienten Stadium der Rachitis die Ausscheidung im gesunden Zustande bedeutend, wobei jedoch gleichzeitig Hypophosphaturie besteht. Während der Rekonvaleszenz ist die gesamte Phosphorausscheidung geringer als normal. Kalk- und Phosphorauscheidung stehen im Abhängigkeitsverhältnis zu einander.

Ewald-Hamburg.



6) **Albert E. Vipond.** Observations upon the colored children of Jamaica, with especial reference to rickets and to mongolian spots.

Arch. of Pediatrics. 1908. Juli. ref. in americ. jour. of orth. surg. 1909. Bd. VI. Nr. 3.

Obgleich die Jamaicakinder von frühester Kindheit an mit Kohlehydraten gefüttert werden, ist die Rachitis nur sehr selten, und dann niemals besonders schwer anzutreffen. Dies ist bemerkenswert, da die hygienischen Verhältnisse keineswegs gute sind.

Ewald-Hamburg.

7) **Manwaring-White** (Northwich). Two cases of osteitis deformans, (Pagets diseases).

British medical. Journal. Nr. 2531.

W. beschreibt das Auftreten dieser Krankheit bei 2 Brüdern. Beginn vor 15 Jahren mit Schmerzen und Schwellungen der Oberschenkel und Verbiegung nach aussen. Arme ausser rechter Ulna des einen waren normal. Bei beiden ist ein rheumatisches Fieber (?), das vorausging, zu konstatieren, das vielleicht ätiologisch in Betracht kommt.

Mosenthal-Berlin.

8) **Werndorff** (Wien). Zur Frage der multiplen Sarkomatose des jugendlichen Knochens und der Ostitis fibrosa-Recklinghausen.

Zeitschr. f. orthop. Chirurgie. Bd. XXII. Heft 1—3. S. 122.

Nach dem Ergebnis der mikroskopischen Untersuchung des von ihm beobachteten Falles kommt W. zu dem Schlusse, dass sich die multiple Sarkomatose im unveränderten jugendlichen Knochen entwickelt habe. Eine Ostitis fibrosa lag nicht vor. Klinisch traten die Erscheinungen der Fragilität der Knochen in den Vordergrund, eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose liess sich bereits durch die Röntgenuntersuchung, die cystische Veränderungen der Knochen ergab, stellen.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

9) **W. Hagen** (Nürnberg). „Die Belastungsverhältnisse am normalen und am pathologisch deformierten Skelett der unteren Extremität."

Bruns Beiträge zur klinisch. Chirurg. 63. Bd. 3. H. p. 761.

Verf. ist bei der Nachprüfung der Wolffschen Lehre von der Knochenarchitektonik zu wesentlich abweichenden Resultaten gekommen. Abweichend von der Wolffschen Kranentheorie der



Knochenarchitektonik, kam Verf. bei dem Studium der statischen Probleme der unteren Extremität zu dem Ergebnis, dass dieselbe als ein auf Knickung, Biegung und Torsion beanspruchter Stab aufzufassen ist. Innere und äussere Form sind diesen Verhältnissen angepasst.

An Femur und Tibia sind 2 Maxima an den beiden Enden der Knochen zu konstatieren, an diesen Stellen überwiegt die Zugbeanspruchung die Druckbeanspruchung. Die Hypertrophie der Druckzone ist daher nicht die Folge primärer höherer Beanspruchung, sondern nur kompensatorischer Ausgleich. **Balsch**-Heidelberg.

10) **Mc. Mullan** (Wallingford). A case of Derium diseases.

British. medical Journal. 1909. Nr. 2539.

Die von Derium 1892 zum erstenmal beobachtete Krankheit ist eine Adipositas dolorosa, die nicht mit Elephantiasis zu verwechseln ist. Es treten symmetrisch an einzelnen Stellen des Körpers Depots von Fett auf, gleichzeitig allgemeine Körperschwäche, rauhe, trokene Haut, Blutungen an Schleimhäuten und dumpfe Schmerzen in den Extremitäten, hyperästhetische Zonen. Verf. beschreibt eine 61 jährige Frau mit enormen Fettpolstern über beiden Schultern und am manubrium sterni, die seit 5 Jahren allmählich wuchsen, und den oben beschriebenen Symptomen. Unter Thyreoidinbehandlung wurde der Zustand bedeutend gebessert.

Mosenthal-Berlin.

11) **R. W. Lovett** und **W. P. Lucas.** Infantile paralysis.

Journ. of the americ. med. assoc. 1908. Nov. ref. in Americ. journ. of orth. surg. 1909. Bd. VI. Nr. 3.

Bericht über 635 Fälle, die nach allen Richtungen hin besprochen werden. Wichtig ist die Bemerkung, dass oft mehr Muskeln gelähmt erscheinen als wirklich betroffen sind, und dass überdehnte Muskeln wieder funktionstüchtig werden, wenn sie in normalen Kontraktionszustand gesetzt sind. Ferner, dass die Sehnentransplantation aus dem Grunde oft unwirksam erscheint, weil der Nachbehandlung nicht genügend Sorgfalt zugewandt ist.

Ewald-Hamburg.

12) **La Salle Archambault** (Albany). Acute anterior poliomyelitis in the adult.

New-York medic. journ. 1908. Aug. ref. in Americ. journ. of orth. surg. 1909. Bd. VI. Nr. 3.

Seltener Fall von Ausbrechen der Kinderlähmung bei einem 40 jährigen Mann. Gelähmt wurden im akuten fieberhaften Anfall

der linke Arm, das rechte Bein, sowie Nacken- und Rückenmuskulatur. In letzteren ging die Lähmung zurück. Polyneuritis war auszuschliessen.

Ewald-Hamburg.

13) **Dunke.** Ueber den Mendel-Bechterewschen Fussrückenreflex.

Diss. Leipzig 1909.

Verfasser fand die bisherigen Resultate über den Fussrückenreflex durch seine eigenen Untersuchungen bestätigt. Er stellt für seine Beobachtung folgendes zusammen:

1. Bei jedem Gesunden und funktionell Nervenkranken tritt als idiomuskulärer Reflex auf Beklopfen der Muskelbäuche des m. extensor digitorum brevis eine Dorsalflexion der 2. bis 4. Zehe ein.

2. Es kommt auch beim Gesunden vor, dass beim Beklopfen der Intermetatarsalräume eine leichte Plantarflexion, in der Hauptsache aber nur Ab- und Adduktion der betreffenden Zehen erfolgt. Dies ist nicht als ein pathologisches Zeichen anzusehen.

3. Ist diese Plantarflexion nur auf einer Seite vorhanden, so ist man zu der Annahme einer Pyramidenbahnaffektion berechtigt, falls die andere Seite ganz normales Verhalten zeigt.

4. Der plantare Fussrückenreflex kommt mit und auch ohne den Babinskyschen Reflex vor und deutet in jedem Falle auf eine organische spastische Erkrankung der unteren Extremität hin.

5. Bei spinalen Kinderlähmungen ist weder eine Dorsal- noch eine Plantarflexion zu beobachten.

6. Bei Tabeskranken bestehen dieselben Verhältnisse inbezug auf den Fussrückenreflex wie bei Nervengesunden.

Blencke-Magdeburg.

14) **Frischmuth.** Über Fettembolie.

Diss. Königsberg. 1909.

Der Arbeit sind drei Fälle von Fettembolie zu Grunde gelegt, die in der Königsberger chirurg. Klinik zur Beobachtung kamen. In dem ersten Fall handelte es sich um ein 25jähriges Mädchen mit doppelseitiger Kniegelenkskontraktur, die in Narkose gestreckt wurde. Das Mädchen erwachte nicht wieder und die Sektion ergab eine ausgedehnte Fettembolie in Lungen, Herz und Nieren. In dem zweiten Fall handelte es sich um ein 18jähriges Mädchen mit pathologischer Luxation der linken Hüfte nach alter Pfannenosteomyelitis. Es wurde die blutige Operation vorgenommen und 88 Stunden nach dieser erfolgte der Exitus an Fettembolie beider



Lungen, wie durch die Sektion festgestellt wurde. Der dritte Fall betraf ein 3 Monate altes Mädchen mit Klumphänden und Klumpfüssen. Letztere liessen sich leicht redressieren und trotzdem starb das Kind am anderen Tage. Die Sektion wurde zwar verweigert, aber trotzdem wurde mit grosser Wahrscheinlichkeit die Diagnose auf Fettembolie gestellt. — F. berichtet dann noch kurz über seine Versuche, die er den Ribbert'schen nachgemacht hat und die voll und ganz mit jenen übereinstimmten in Bezug auf ihre Resultate.

Blencke-Magdeburg.

15) **Volkmar.** Die heutzutage gebräuchlichsten Methoden der Behandlung unkomplizierter Frakturen.

Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 1909. Nr. 10.

V. geht die heutzutage gebräuchlichsten Methoden bei der Behandlung unkomplizierter Frakturen einzeln in grossen Zügen durch und stellt am Schluss der Arbeit folgende Sätze auf:

1. Das Bardenheuer'sche Verfahren ist das idealste und bei allen Frakturen anzustreben.
2. Der Gipsverband ist nur als ein mangelhafter Ersatz dieses Verfahrens anzusehen.
3. Die sofortige Massage der Fraktur nach Championnière empfiehlt sich bei gut stehenden eingekeilten Frakturen.
4. Die primäre blutige Naht kann nur für ganz wenige Frakturen in Betracht kommen; diese sind Patellar-, Olekranonbrüche und manchmal Abbrüche des Cond. ext. humeri.
5. Die Technik des Extensionsverbandes ist genau so in den Universitätskursen zu üben, wie der Gipsverband.

Blencke-Magdeburg.

16) **Peyerl.** Über den Einfluss der Heissluftbehandlung auf Gelenksteifigkeiten nach Traumen und langedauernder Ruhigstellung.

Diss. Heidelberg 1909.

An der Hand von 10 selbst beobachteten Fällen von Gelenksteifigkeiten aus der Heidelberger chirurgischen Klinik schildert Verf. den Einfluss der Heissluft auf derartige Zustände und geht, um die eklatante Wirkung der aktiven Hyperämie auf diese erklären zu können, etwas ausführlicher auf die Veränderungen ein, welche in den Gelenken nach längerer Ruhigstellung mit oder ohne vorausgegangenen Traumen einzutreten pflegen. Er ist der Ansicht, dass infolge der gewebslösenden und gewebseinschmelzenden Wirkung



der Hyperämie, verbunden mit einer sehr intensiven Resorption der gelösten Teile, in den versteiften Gelenken mit Verwachsungen, Auflagerung von Fibrin, Knorpelwucherungen, mit Exsudat und Pseudomembranen eine Auswaschung stattfindet, wodurch die Beweglichkeit in erheblichem Masse begünstigt und hierdurch wohl auch die Schmerzempfindung zum Teil herabgesetzt wird. Auch ein gewisser Einfluss der Hyperämie auf die Regeneration und Ernährung der geschädigten Gewebe muss angenommen werden. — Bei sehr hartnäckigen Fällen von Gelenkversteifungen sah P. sehr gute Erfolge von der mit Stauung kombinierten Heissluftbehandlung.

Blencke-Magdeburg.

17) **Jones** (Liverpool). Surgical treatment of the rheumatoid group of joint affections.

British medical journal. 1909. Nr. 2531.

Nach Goldthwait teilt Verf. die Arthritiden in folgende Gruppen ein und bespricht deren operative Behandlung.

Villöse Arthritis,
hyperthrophische Arthritis,
atrophische Arthritis,
septische Arthritis,
chronische Gicht.

Die villöse Arthritis des Knies, oft mit Plattfuss vereint auftretend, auch unter dem Namen chronic. rheumatic Knee, oder recurrent traumatic arthritis macht oft eine Operation notwendig, die nach innerem Längsschnitt in Excision der oedematos geschwellten und entzündlich veränderten Teile bestehen soll. Die atrophic Arthritis, die sog. rheumatische Arthritis, oder primär chronische destruierende Arthritis führt selten zur Operation. Bei eventueller Operation des Handgelenks soll man darauf sehen, das Gelenk nicht in Flexion heilen zu lassen.

Hypertrophic arthritis (arthritis deformans): Fälle, bei denen Schmerzen erst bei extremen Bewegungen auftreten, sollen mit Apparaten behandelt werden, die nur bis an die Schmerzgrenzen gehende Ausschläge gestatten. Nur in schweren Fällen von Arth. def. rät J. zur Operation. Das malum coxae senile wird am zweckmässigsten in eine Schiene gelagert, die der Flexionskontraktur vorbeugt. Die Resektion des Schenkelkopfes befreit die Patienten oft von Schmerzen. Um die bei dieser Pseudarthrosenoperation notwendige Desartikulation zu vermeiden, reseciert er ein dreieckiges Stück zwischen Kopf und Trochanter, der temporär reseciert wird,

und Femurschaft. Der Trochanter mit den Muskelansätzen wird nachher an den Kopf geschraubt, das Bein in Abduktion fixiert.

Er bezweckt hiermit ein bewegliches Gelenk ohne Entfernung des Kopfes. Um die wegen grosser Schmerzen notwendige Ankylose des Hüftgelenks zu machen, empfiehlt er die von Alby-New-York angegebene Methode. Incision am inneren Sartoriusrand, dieser wird nach aussen, die tieferen Muskeln nach innen gezogen, dann wird mit einem breiten Meissel die obere Hemisphäre des Femurkopfes, ohne Desartikulation abgeschlagen, das Acetabulum in ein flaches Dach durch entsprechende parallele Abmeisselung verwandelt, die Schnittflächen adaptiert und das Bein in Abduktion fixiert, wenn nötig Tenotomie der Adduktoren.

Ist bei septischer Arthritis der Knochen zerstört, so sollen keine Anstrengungen gemacht werden, die bestehende Ankylose zu lösen. Konservativ soll nur soweit bewegt werden, wie man ohne Narkose kommt. Bei extrakapsulären Verwachsungen kann man schroffer vorgehen. Bei intrakapsulären Versteifungen ist die grösste Vorsicht geboten. Bei festen Ankylosen des gebeugten Kniegelenks exzidiert er einen Keil aus dem Gelenk, der nicht ganz bis an die Dorsalfläche geht. Das letzte Stück wird zur Schonung der Gefässe gebrochen.

Bei doppelseitiger Hüftgelenksankylose macht er einerseits Osteotomie mit starker Abduktion, andererseits Pseudarthrose. Zum Schluss werden die zahlreichen Methoden der Pseudarthrosenoperation von Barton und Gluck angefangen, die an der Osteotomiestelle ein Gelenk zu machen versuchten, bis zum Ersatz durch ein neues Gelenk nach Lexer besprochen. **Mosenthal**-Berlin.

18) **Wreden** (Petersburg). Konservative Behandlung der chirurgischen Tuberkulose mit Einspritzungen von Kampher-Naphthol.

Zeitschrift. f. orthop. Chirurgie. Bd. XXI. Heft 4. S. 493.

W. redet sehr der konservativen Behandlung der Tuberkulose der Knochen und Gelenke durch Einspritzung von Kampher-Naphthol das Wort. Es wird dies Verfahren viel von den französischen Chirurgen, insbesondere von Calot angewandt. Am geeignetsten sind die geschlossenen Tuberkulosen, die nicht durch Fistelbildung sekundär infiziert sind. Embolien werden durch Emulgierung des Kampher-Naphthols in Glyzerin vermieden. Zwei Teile Kampher und 1 Teil β Naphthol bilden die Stammlösung, die unmittelbar vor dem Gebrauch mit 2—6 Teilen sterilisierten



Glyzerins vermischt wird. In leichteren Fällen darf man nicht mehr als 2 Injektionen wöchentlich machen, bei der Anwesenheit reichlicher fungöser Massen ist zunächst tägliche Injektion nötig. Voraus geht immer eine Aspiration des Eiters, möglichst durch gesunde Hautbedeckung hindurch. Durchaus zu vermeiden ist die Bildung einer Fistel. Hat man mit bereits nach aussen durchgebrochenen Tuberkulosen zu tun, so muss man versuchen, durch Jodoforminjektionen in die Fisteln die sekundäre Infektion zu bekämpfen. Die Wirkung des Kampher-Naphthol besteht in einer Einschmelzung des tuberkulösen Gewebes und starker entzündlicher Reaktion in der Umgebung. Die guten Erfolge, die Verf. ebenso wie die französischen Chirurgen berichtet, ermuntern zu einer Anwendung des Verfahrens auch von anderer Seite.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

19) **Stewart L. Mc. Curdy** (Pittsburgh). Plastic operations to elongate cicatricial contractions across joints.

Americ. journ. of orth. surg. 1909. Bd. VI. Nr. 3.

Bei langen Hautnarben, die über Gelenke wegreichen und Kontrakturen verursachen, empfiehlt M. C. einen Schnitt in der Längsrichtung und auf der Höhe des narbigen Strangs sowie an beiden Enden des Schnitts Seitenschnitte, sodass die Wunde im Ganzen Z förmig aussieht. Bei Korrektion der Kontraktur erreicht man dann eine beträchtliche Längenausdehnung der Narbe. An drei Fällen (2 Brandnarben der Schulter und Achselhöhle, eine Syndaktylie nach Verbrennung) wird der Erfolg der Methode demonstriert.

Ewald-Hamburg.

20) **Gorzawsky.** Ueber Aethernarkose per Rectum.

Diss. Breslau 1909.

Der erste Teil der Arbeit ist der Geschichte der Aethernarkose per Rektum eingeräumt, während im zweiten Teil G. über seine Versuche berichtet, die er mit rektaler Aethernarkose an Tieren gemacht hat. Er hat gefunden, dass den Vorzügen, die diese Methode bietet, auch recht wesentliche Nachteile entgegenstehen, die wohl die Veranlassung gewesen sind, dass diese Methode, obwohl sie fast so alt ist wie die Narkose überhaupt, trotz der vielfachen Versuche, sie einzuführen, sich nicht hat einbürgern können.

Blencke-Magdeburg.



21) **J. Warren Sever** (Boston, Mass.) Acetone: its occurrence in orthopedic and surgical cases.

Americ. journ. of orth. surg. 1909. Bd. VI. Nr. 3.

In 750 orthopädischen und chirurgischen Fällen stellte S. das Vorhandensein, namentlich aber das Auftreten von Aceton im Urin nach einer Operation fest. Und zwar war die Höhe einige Stunden nach dem Eingriff meist am stärksten und fiel in ca. 3 Tagen zur Norm ab. **Ewald**-Hamburg.

22) **Bade** (Hannover). Der orthopädische Operationstisch im hannoverschen Krüppelheim Annastift.

Zeitschr. für orthopädische Chir. Bd. 22. H. 1—3 S. 233.

B. beschreibt den im Krüppelheim Annastift gebrauchten Operationstisch, der eine universelle Brauchbarkeit für alle orthopädischen blutigen und vor allem unblutigen Operationen besitzt. Genaueres muss im Original an Hand der Abbildungen nachgesehen werden. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

23) **Lionel Stretton.** The sterilization of the skin of operation areas.

British medical Journal. 1909. Nr. 2537.

Auch in England beginnt diese einfache Sterilisation der Haut auf dem Operationsgebiet Fuss zu fassen. Verf. hat nach Gropich's Methode die Haut ohne irgend welches vorausgegangenes Waschen und Rasieren in 57 Fällen, (darunter viele Laparatomien), zweimal mit Jod überstrichen, ohne jemals irgend eine Infektion gehabt zu haben. Gerühmt wird neben Anderem das tadellose Steril-Bleiben der Stichkanäle. Er empfiehlt eine Jodlösung 1 : 3 Teilen Spiritus, der aus gleichen Teilen Spiritus vini menth. und destill. Wasser besteht. **Mosenthal**-Berlin.

24) **Wentscher.** Über die mechanische Behandlung von Asthma bronchiale und Emphysem.

Diss. Leipzig 1909.

W. berichtet über seine Erfolge, die er mit dem Boyhennschen Atmungsstuhl, den er unzweifelhaft für das Vollkommenste auf diesem Gebiet hält, gemacht hat, und der es ermöglicht, eine rhytmische Kompression des Thorax vorzunehmen, ohne dass dabei dem Patienten eine nennenswerte Anstrengung zugemutet wird. Unter den subjektiven Erscheinungen verringert sich die Dyspnoe, die Exspiration wird erleichtert und die Anfälle werden vermindert.



Objektiv zeigt sich eine Abnahme der Respirationsfrequenz, ein Nachlassen der katarrhalischen Erscheinungen, eine Abnahme bezw. ein völliges Verschwinden der vorher vorhandenen Cyanose, eine Zunahme der Thoraxexkursion und eine Vergrösserung der Vitalcapazität der Lungen. Bei Fällen, bei denen fast nur die katarrhalischen Erscheinungen die Störungen bedingten, und bei denen die Thoraxexkursion sonst normal und die Störung nicht durch den fehlerhaften Atmungstypus verursacht war, blieb die Behandlung mit dem Atmungsstuhl ohne jeden Erfolg.

Blencke-Magdeburg.

25) **v. Saar** (Graz). Der radiographische Nachweis von Glassplittern.

Bruns Beiträge zur klinisch. Chirurg. 63. Bd. 3. H. p. 798.

Verf. wendet sich gegen die ziemlich allgemein verbreitete Lehre, dass Glas röntgenographisch im allgemeinen nicht nachweisbar sei. Er hat 41 Glassorten untersucht und Versuche mit dem radiographischen Nachweis derselben auf und in der Hand gemacht. Das Ergebnis derselben, das auch auf 2 Tafeln mit den Röntgenbildern wiedergegeben ist, ist: Die weitaus grösste Mehrzahl der praktisch wichtigen Glassorten ist auch als kleine Splitter im Bereich von Hand und Fingern (ebenso Fuss) röntgenographisch nachweisbar. Die Dichte des Glasschattens steigt mit dem Atomgewicht der Sorte.

Balsch-Heidelberg.

26) **Arthur Keith.** Congenital malformations of palate, face and neck.

British medical Journal. 1909. Aug. Nr. 2536. 37. 38.

An der Hand von 87 Präparaten, die aus den medizinischen Museen Londons stammen, berichtet Verfasser über die Erfolge seiner Studien an angeborenen Deformitäten des Gaumens, Gesichts und Halses, darunter waren die Gaumenspalten besonders zahlreich, 28 dreiteilige, 17 zweigeteilte, 14 bis zur Uvula gehende, 3 Spalten des weichen Gaumens, 5 Uvulaspalten und zahlreiche Präparate anderer Entwicklungshemmungen der Nase, Augen, Ohren etc. Er bespricht zunächst in ausführlicher Weise die embryonalen Entwicklungsstufen und die anderen inbetracht kommenden Faktoren und zeigt an zahlreichen Abbildungen die typischen Formen der einzelnen Deformitäten und drei Fälle in vivo. Die sehr ausführliche Zusammenstellung ist zu einem kurzen Referat nicht geeignet und im Original nachzulesen.

Mosenthal-Berlin.

27) **Heilpom** (Antwerpen). Côte cervicale bilatérale.

Journal de Radiologie 9. Mai 09.

In dem von H. beobachteten Fall war die rechtsseitige Halsrippe nur 3 cm. lang und mit der ersten Rippe fest verbunden. Die linksseitige Halsrippe reichte bis zum Sternum und bestand aus 2 gelenkig verbundenen Teilen. **Kaisin**-Loslever.

28) **J. Fränkel.** Ueber Mobilisierung des Brustkorbes.

Münch. med. Woch. 1909. Nr. 28.

Die Thoraxgymnastik ist bisher deswegen von so geringem Nutzen gewesen, weil nicht Gewicht auf eine gehörige Lordosierung der Brustwirbelsäule gelegt wurde, die Vorbedingung für die Mobilisierung ist. Vielleicht das beste Mittel zur Erzeugung einer partiellen Lordose der Brustwirbelsäule ist das Klappsche Kriechverfahren, von Fränkel modifiziert, (Kriechen nach Art eines Tigers) wodurch eine bedeutende Ausdehnungsfähigkeit des Thorax erzielt wird, wie F. an Röntgenbildern gezeigt hat. Dadurch können nicht nur Skoliosen gebessert werden, sondern auch Herz- und Lungenerkrankungen: (Prophylaxe von Kreislaufsstörungen und Lungenspitzentuberkulose). **Ewald**-Hamburg.

29) **P. W. Nathan** (New York). The etiology of lateral curvature.

Amer. journ. of orthop. surgery. 1909. Bd. VI. Nr. 3.

Gewöhnlich wird die Skoliose auf eine Belastung unter abnormen mechanischen Bedingungen zurückgeführt, verursacht durch falsche Haltung (habituelle Sk.) oder durch Asymmetrie des Schulter- oder Beckengürtels. (statische Sk.)

Die eigentliche Ursache wird aber durch derartige Untersuchungen mechanisch-mathematischer Art nicht klar gestellt. Denn unter den gleichen abnormen mechanischen Bedingungen entstehen nicht immer die gleichen Skoliosen, ja oft kommen überhaupt keine zustande. Ferner kann, wie Lovett nachgewiesen hat, die Entstehung der habituellen Formen der Skoliose nicht durch schlechte Haltung bedingt sein, wie man sie auch nicht durch Leichenexperimente darstellen kann. Ausserdem werden funktionelle Skoliosen (z. B. infolge Beinverkürzung) niemals zu fixierten. Also können mechanische Momente erst in zweiter Linie inbetracht kommen; wofür übrigens auch das Vorkommen von Skoliosen bei Vierfüssern spricht. — Seine Untersuchungen haben N. zu der Annahme geführt, dass die Ursache in einer krankhaften Veränder-



ung (Rachitis, Osteomalacie) der Wirbelsäule selbst liegen muss: die Struktur der Wirbelkörper hat sich geändert und bringt Krümmungen zustande, die ganz unabhängig von jeglicher Belastung sind, ob diese nun wirkt oder nicht. Ist der krankhafte Prozess abgeschlossen, so bleibt die Deformität bestehen, nimmt nicht zu, bessert sich aber auch nicht etwa durch Besserung der mechanischen Bedingungen. Die Lokalisation hängt von dem Sitz, der Schwere und der Ausdehnung und Intensität der Erkrankung ab.

Meist kommt die Skoliose in der Pubertät zustande: von 500 Fällen des New-Yorker Krüppelheims hatten 382 im Alter 12—18 Jahren ihre Skoliose bekommen, von 236 Privatpatienten 202.

Neben der Wirbelsäulenerkrankung finden sich bei diesen Kindern noch Symptome, die auf eine Allgemeinerkrankung hindeuten: Nervosität, Anämie, Magerkeit oder Fettsucht. Ein Zusammenhang aller dieser Störungen mit dem Beginn der Menstruation ist zu vermuten: denn mit vollendeter Entwicklung des Gesamtkörpers kommt auch die Skoliose zum Stillstand und kommt nach dem 20. Jahre überhaupt nicht mehr zur Entwickelung. Das geringere Vorkommen bei Knaben kommt daher, dass der anatomische und physiologische Wechsel ein viel weniger eingreifender ist als beim weiblichen Geschlecht. — Die Schule hat nicht wegen der schlechten Haltung Einfluss, sondern wegen der allgemeinen Körperschädigung. — Die Behandlung liegt in der Prophylaxe: schlecht genährte Kinder sollten die Schule nicht besuchen (?), ob sie eine Rückgratsverkrümmung haben oder nicht. Anstatt des Namens „habituelle Sk.“ schlägt N. „pubescent lateral curvature“ vor.

Ewald-Hamburg.

30) **R. W. Lovett.** Behandlung der Skoliose.

Amer. journ. of orth. surg. 1909. Bd. VI. Nr. 3.

Vor ca. 20 Jahren herrschte die Meinung, dass Skoliosen mit knöcherner Deformierung der Skelettteile nicht gebessert werden könnten. Heute kann man sagen, dass die Skoliose zwar eins der am schwierigsten zu behandelnden Leiden ist, dass aber leichte Fälle von Knochendeformitäten bei jungen Kindern praktisch geheilt werden können. Ferner kann die mässige Skoliose sehr und die schwere bis zu einem gewissen Grade gebessert werden. Die verschiedenen Verfahren — Gipsverband (Wullstein, Schanz), Apparatotherapie (Schulthess), Ueberkorrektion durch aktive und passive Uebungen (Lange), Kriechkur (Klapp) — werden kurz erwähnt. Für die amerikanischen Orthopäden wird die Gipsverband-

methode wegen der Eigentümlichkeit des „praktischen" Amerikaners überhaupt mehr in Frage kommen. **Ewald**-Hamburg.

31) **Henry O. Feiss** (Cleveland O.). Suggestions for the treatment of lateral curvature by braces.

Americ. journ. of orth. surg. 1909. Bd. VI. Nr. 3.

Da die Skoliosen mit wirklichen Knochendeformitäten durch die bisher angewandten Methoden nicht zur Heilung gelangen, muss man neue Wege suchen. Und zwar darf man weniger die eigentlichen Ursachen im Auge haben, weil dies abgeschlossene Zustände sind (Paralyse, Rachitis), sondern man muss die verschiedenen mechanischen Momente, die die Deformität herbeigeführt haben, für sich betrachten.

Durch frühere Untersuchungen (so Zentralbl. 1908) fand F., dass die peripheren Skeletteile (Rippen) zunächst durch den asymmetrischen Zug (und Gegenzug) in ihrer Lage verändert und deformiert werden, darauf auch die Wirbel. Damit ändern sich die Gleichgewichtsverhältnisse, weshalb die Wirbel aus der Mittellinie herausgezogen werden; wobei es übrigens gleichgültig für den Endeffekt ist, ob eine seitwärtsliegende oder drehende Kraft wirksam ist. — In einer gewissen Seitwärtsbeugestellung gleicht fast jeder skoliotische Rücken einem normalen in derselben Haltung. Wollen wir Skoliosen behandeln, so müssen wir zunächst die deformierenden Kräfte berücksichtigen und dem Körper eine solche Haltung geben, dass seine Bewegungen möglichst in korrigierendem Sinne wirken. Um die deformierenden Kräfte auszuschalten und neue und entgegengesetzte zu fördern, wendet F. einen Schienenapparat an, der aus einem gepolsterten Beckenstahlgürtel besteht, der auf einer Seite zwei seitlich fast bis zur Achselhöhle gehende senkrechte Stäbe trägt, die oben miteinander verbunden sind. Nachdem dieser Apparat angelegt ist, kommt um den Körper an der Stelle der grössten Verkrümmung ein breiter Stoffgürtel, der den Körper gegen die senkrechten Stäbe gepresst hält. Der Apparat soll den Körper veranlassen, die der Deformität entgegengesetzte Biegung einzugehen. —

In 20 Fällen hat F., vor 2 Jahren etwa beginnend, seinen Apparat angewandt, davon müssen für statistische Betrachtungen aus verschiedenen Gründen 8 ausscheiden, 1 zeigte nach einem Jahr noch keine Besserung, fünf stehen noch in Behandlung, die übrigen 6 zeigen Besserung, allerdings nie wirkliche Heilung einer Knochendeformität. **Ewald**-Hamburg.



32) **W. S. Elmer** (Pensylvania). The restoration of extreme scoliosis to perfect symmetry, with report of a case.

Archives of pediatrics 1909. Nr. 2.

Ein zehnjähriges Mädchen, das vor kurzer Zeit 13 Wochen lang an Typhus krank darniedergelegen, wies eine der schwersten Skoliosen auf, die Verf. je gesehen hat (Leiter der orth. Klinik der Universität!) Es handelte sich um eine linkskonvexe Totalskoliose. Durch Kombination von Gipsverbänden mit gymnastischen Uebungen wurde eine völlige Wiederherstellung normaler Verhältnisse erzielt.

Für wichtig hält E. die Anlegung des Gipsverbandes in horizontaler Lage mit starker Extension an Kopf und Füssen, wobei sich die Wirbelsäule beträchtlich streckt (die Rotationsdeformitäten waren in diesem Falle nicht stark!) Ueber den Körper kommt nur ein Trikot, die Schultern werden nicht mit eingeschlossen. — Die Grösse des Patienten nimmt durch diesen Verband um vieles zu. Innerhalb 2—3 Monate werden alle 14 Tage neue Gipsverbände in mehr korrigierter Stellung angefertigt, schliesslich wird über dem Modell des letzten Gipsverbandes ein Lederkorsett gearbeitet. Von vornherein wird Gymnastik getrieben.

In zwei Monaten (!) waren in einem zweiten Fall, Tripelskoliose bei einem 12 jährigen Mädchen, ziemlich starker Rippenbuckel und Lumbalwulst, die Krümmungen beseitigt, die Beweglichkeit wiederhergestellt, die Rotation verschwunden (??) und die Wirbelsäule gerade. Nach etwa ein Jahr lang fortgesetzten Uebungen und teilweiser Fixation mit Lederkorsett war das Mädchen völlig geheilt. Die Behandlung des ersten Falls wird genau beschrieben. Der Gipsverband wurde tgl. entfernt, nach Uebungen — zunächst nur in horizontaler Lage, zwei Monate später auch in aufrechter Stellung — und Massage (im ganzen 3/4 Stunden) wieder angelegt. Nach 7 Monaten wurde der letzte Gipsverband weggelassen. Es trat wieder eine geringe Verschlimmerung der Verkrümmung ein, die aber nach weiteren dreimonatigen Uebungen fast, nach zwei Monaten völlig beseitigt war und auch bei Nachuntersuchungen nicht wieder gefunden werden konnte, trotzdem ein Korsett nicht getragen wurde. (Aus der Beschreibung und den Bildern scheint hervorzugehen, dass es sich um eine vorübergehende einseitige Atrophie (Parese nach Typhus?) der einen Rückenmuskelhälfte gehandelt hat. Ref.)

Beschreibung der asymmetrischen Uebungen, die in möglichst korrigierter Stellung („Key-note position") vorgenommen werden. — Fast alle Skoliosen, die früh (?) genug in Behandlung kommen,



können geheilt (!!) werden, auch die mit vorgeschrittener Rotation, die allerdings einen starken Aufwand an Zeit, Mühe und Geduld erfordern. **Ewald**-Hamburg.

33) **v. Berenberg-Gossler.** Ueber Wirbelcarcinom.

Diss. Kiel. 1908.

v. Berenberg-Gossler gibt zunächst einen Bericht von 150 Fällen, die sämtlich seziert sind, nachdem sie an malignen Tumoren gestorben waren. Alle Fälle wurden in der Zeit vom 1. XII. 98 bis 21. II. 00 im pathologischen Institut des allgemeinen Krankenhauses Hamburg-Eppendorf auf Metastasen in der Wirbelsäule untersucht. Bei 20% wurden Metastasen in der Wirbelsäule gefunden. Eine so grosse Verhältniszahl konnte man bisher noch nicht in der gesamten Literatur vorfinden. Besonders häufig fand man bei diesen Fällen Wirbelmetastasen bei Magencarcinom. Verf. stimmt der Ansicht vieler Autoren bei, dass Wirbelkrebse des öfteren ganz symptomlos verlaufen. Er führt 26 Fälle an, bei denen 14 Fälle keinerlei Bemerkungen über objektive und subjektive Symptome enthalten, die Wirbelcarcinom hätten vermuten lassen können. In 5 Fällen konnte man sicher die Diagnose Wirbelcarcinom stellen, 7 Fälle wiesen Beschwerden auf; als Grund dafür konnten die bei der Sektion festgestellten Wirbelveränderungen angesehen werden. Nach der Ansicht des Verf. muss der Arzt bei Krebskranken, die über erst kurze Zeit bestehenden Rheumatismus klagen, die Wirbelsäule scharf beobachten, da es sich meist um Metastasen zu handeln pflegt. **Blencke**-Magdeburg.

34) **Mayer.** Chondrosarkom der Wirbelsäule mit Kompressionsmyelitis.

Diss. München. 1909.

M. gibt in der vorliegenden Arbeit die Krankengeschichte und das Sektionsprotokoll eines Falles von Chondrosarkom der Wirbelsäule, das eine Kompressionsmyelitis verursacht hatte, wieder.
Blencke-Magdeburg.

35) **Beck.** Ein Fall von traumatischer Hämatomyelie nach Dystokie.

Diss. Erlangen. 1908.

Das aus gesunder Familie stammende Kind hatte drei verschiedene Traumen zu überstehen: Fall der Mutter im 6. Monat der Schwangerschaft, Extraktion am Steiss und forzierte Schultzesche



Schwingungen bei schwerer Asphyxie. Am 3. Tage nach der Geburt bemerkte man eine schlaffe Lähmung der Muskulatur der unteren Extremitäten sowie eine spastische Paraparese der oberen Extremitäten, sodann im weiteren Verlauf nach anfänglicher Retentio urinae eine vollkommene Incontinentia urinae, sowie dauernde Obstipation. Der Spannungszustand in der Muskulatur der oberen Extremitäten schwand fast vollkommen, während alle anderen krankhaften Erscheinungen bis zum Exitus bestehen blieben. Klinisch wurde bei Lebzeiten die Diagnose auf traumatische Hämatomyelie mit Zerstörung des Markes vom unteren Brustmark bezw. oberen Lendenmark abwärts gestellt, eine Diagnose, die auch durch die Sektion bestätigt wurde. Aus den makroskopischen Befunden zu schliessen ist wohl die bei der Sektion festgestellte Läsion von Knochen und Rückenmark dadurch zustande gekommen, dass intra partum, vielleicht während des Lösens der Arme, eine kräftige Hebelbewegung des kindlichen Rumpfes gegen die Symphyse der Mutter ausgeführt wurde und so die beiden ersten Lumbalwirbelkörper als Unterstützungspunkt des einen Hebel darstellenden kindlichen Körpers rechtsseitig gestaucht und zusammengeknickt wurden. Hierbei wurde die Gewebeverbindung zwischen dem 12. Brust- und 1. Lendenwirbel getrennt und jener in den Wirbelkanal hineingedrückt, wodurch das 1. und 2. Lumbalsegment namentlich an seiner rechten Hälfte bedeutend lädiert werden musste.

Blencke-Magdeburg.

36) **Göbel.** Zur Prognose der traumatischen Schultergelenksluxation.

Zeitschr. f. ärztliche Fortbildung 1909. 10.

Nach G's. Erfahrungen ist die Prognose der Schultergelenksluxationen ungünstiger als die anderer Luxationen sowohl infolge der anatomischen Verhältnisse des Schultergelenks wie auch infolge der vielen Begleiterscheinungen dieser Luxationsart. Eine der wichtigsten dieser ist die Läsion der Muskelsubstanz und Muskelansätze, die zu degenerativen Vorgängen, zum dauernden Verlust an kontraktiler Substanz und im Verein mit der langdauernden Inaktivität zu mehr oder weniger ausgeprägten Atrophieen führt, von denen sich der Muskel — am häufigsten wird der Deltoides betroffen — nur selten ganz wieder erholt. Die in diesem Zusammenhang oft diagnostizierte Lähmung des N. axillaris ist nach Gs. Ansicht selten; jedenfalls ist die Axillarisparese nur vorübergehender Natur. Des Weiteren beschäftigt sich G. dann mit den

gröberen Gefäss- und Nervenverletzungen, vor allen Dingen aber in ausführlicher Weise mit den Skelettveränderungen, durch die der feine Mechanismus des Gelenkes derartig gestört werden kann, dass nur in seltenen Ausnahmefällen auf eine völlige Bewegungsfreiheit des Armes gerechnet werden darf. — In den letzten drei Jahren wurden im Kölner Bürgerhospital 43 Schulterluxationen stationär behandelt, unter denen sich 20 befanden mit röntgenographisch nachgewiesener Fraktur des Tuberculum majus. 24 von diesen konnte G. nachuntersuchen. Bei keinem einzigen war eine völlige Wiederherstellung festzustellen; keiner war ganz frei von Beschwerden. Bei 2 Fällen fanden sich umfangreiche Ossifikationsprozesse, wie sie wohl noch nicht in der Pathologie des Schultergelenks beschrieben worden sind. Die Krankengeschichten gibt G. wieder, vermag aber nicht anzugeben, warum gerade in diesen beiden Fällen so ausgedehnte Verknöcherungen aufgetreten sind. Möglicherweise ist der Prozess durch die Schwere und die Art der Verletzung und durch das Zusammenwirken von Quetschung und Blutung und besonders reichlichen Periostzerreissungen bedingt. Ob es eine besondere individuelle Veranlagung, eine ossifizierende Diathese gibt, lässt G. dahingestellt.

Blencke-Magdeburg.

37) **E. A. Codman.** Bursitis subacromialis or Periarthritis of the shoulder-joint.

Boston med. and surg. journ. 1908. ref. in Amer. journ. of. orth. surg. 1909. Bd. VI. Nr. 3.

Die Bursitis subacromialis oder subdeltoidea ist die häufigste Erkrankung von allen Schulteraffektionen. Sie wird häufig mit Kontusion, Neuritis, Rheumatismus, Axillarislähmung verwechselt.

C. unterscheidet 3 Arten, akute, subakute oder adhaerente, chronische oder nichtadhaerente Bursitis. Die Prognose ist im Allgemeinen gut; die subakuten Formen brauchen zur spontanen Wiederherstellung etwa 2 Jahre. Man sollte daher die Bursa operativ freilegen und die Adhaesionen entfernen. Bei den chronischen Fällen ist Massage angezeigt, während die akuten Formen durch Ruhe des möglichst abduzierten Armes am besten zum Verschwinden gebracht werden.

Ewald-Hamburg.

38) **Karl Osterhaus** (Norfolk). Obstetrical paralysis, treated by nerve dissociation.

Neu-York med. journ. 1908. Nov. ref. in Americ. journ. of orth. surg. 1909. Bd. VI. Nr. 3.

Ist in einem Fall von Plexuslähmung nach $^1/_2$—1 jähriger Behandlung keine Besserung eingetreten, so soll der Plexus (Wurzel



5 und 6) hinter dem sterno-cleido-mastoideus freigelegt werden. Nach der älteren Methode wird dann die (meist verdickte) Stelle der Verletzung excidiert, worauf die Nervenscheiden wieder vernäht werden. Besser hat sich dem Autor die Dissociation der Nervenfasern bewährt, da einige Nervenfasern immer leitungsfähig geblieben sind: Spaltung der Nervenscheide und Isolierung der einzelnen Fasern mit scharfem Tenotom. In zwei so behandelten Fällen (4 und 16 jähriges Mädchen mit Lähmung der Oberarmmuskulatur) war ein Jahr nach der Operation in der elektrischen Reaktion und Funktion der befallenen Muskeln eine bedeutende Besserung eingetreten. **Ewald**-Hamburg.

39) **Einsler.** Beitrag zur Lehre der doppelseitigen Radialislähmungen auf alkoholischer Basis.

Diss. Kiel 1909.

In dem von E. beobachteten Falle handelte es sich aller Wahrscheinlichkeit nach um eine Polyneuritis alcoholica paralytica kombiniert mit ataktischen Erscheinungen. Beide Hände hingen in schlaffer Flexionsstellung herab und konnten im Handgelenk aktiv nicht gestreckt werden, wohl aber passiv. Beide Daumen waren eingeschlagen und konnten nur wenig abduziert, garnicht extendiert, wohl aber adduziert werden. Die N. Radiales waren galvanisch und faradisch nicht erregbar. Die Aussicht auf eine vollständige Heilung war äusserst gering, da die Lähmung bereits ein Jahr lang in ziemlich unveränderter Form bestand und trotz aller angewandten Mittel keine Besserung zeigte.

Blencke-Magdeburg.

40) **Bracher.** Ueber Radiusköpfchenfrakturen.

Diss. München 1909.

B. bringt die Krankengeschichten von neun Fällen von Radiusköpfchenfrakturen, die in den letzten fünf Jahren in der Münchener chirurgischen Universitätsklinik zur Beobachtung kamen, und gibt an der Hand dieser Fälle ein sehr anschauliches Bild über den augenblicklichen Stand der Lehre dieser Frakturen unter eingehender Berücksichtigung der diesbezüglichen Litteratur.

Blencke-Magdeburg.

41) **Lucas-Championnière** (Paris). Thérapeutique des fractures de l'extrémité inférieure du radius. (Die Therapie der Fraktur des unteren Radiusendes.)

La médecine des accidents du travail. Bd. VI. Nr. 11. S. 336.

Verf. unterscheidet drei Formen der typischen Radiusfraktur. 1) ohne Dislokation, 2) mit mässiger, 3) mit sehr beträchtlicher



Verschiebung der Bruchenden. In Betracht kommt bei allen Formen der Fraktur nicht nur die Deformation, sondern auch das Gelenktrauma. Verf. ist der Ansicht, dass die Veränderungen im Gelenk und nicht die unkorrigierte Deformität die spätere Behinderung der Funktion bewirken. L.-Ch. rät deshalb davon ab, die Einkeilung zu lösen, vorausgesetzt, dass die Deformität nicht allzu erheblich ist. Die Frakturen ohne Dislokation sollen deshalb nur mit leichten Schienenverbänden, die die Dorsalflexion verhindern, und sofortiger Massage behandelt werden, sowie mit passiven und später aktiven Bewegungen unter Vermeidung derjenigen Exkursionen, die geeignet sind, die typische Deformität hervorzurufen. Der Patient kann die Hand baldigst auch anderweitig gebrauchen, doch soll die Dorsalflexion vermieden werden. Bei mässiger Dislokation ist die Therapie im grossen und ganzen dieselbe. Keine Korrektur der Dislokation, Schienen und sofortige Massage. Nur soll der Patient die Hand nicht vor 14 Tagen gebrauchen. Bei stärkerer Dislokation soll die Fraktur reponiert werden und zwar sobald wie möglich nach dem Unfall. Schienenverband, bei unverständigen Patienten auch Gipsverband müssen die Korrektur erhalten. Der Gipsverband soll 14 Tage liegen bleiben, wird dann aufgeschnitten und bleibt als Schiene noch weitere 8 Tage, während derer bereits die Massagebehandlung eingeleitet wird. Bei Schienenverbänden wird bereits vom 3. Tage an massiert, und es kann nach 3 Wochen dann die Hand gebraucht werden. Als beste Nachbehandlung empfiehlt Verf. die Wiederaufnahme der Arbeit. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

42) **Heilpom** (Antwerpen). Fraktures simultanées du pyramidal et de l'extrémité inférieure du cubitus et du radius.

Journal de Radiologie 28. Février 09.

H. zeigt Radiogramme derartiger kombinierter Frakturen des Karpus und der Vorderarmknochen. Er betont, dass man die beste Repositionshaltung im Einzelfall durch Röntgenkontrolle herausfinden müsse, nicht schematisch eine übliche Stellung wählen solle.

Kalsin-Loslever.

43) **V. Putti** (Bologna). Sur la malformation de Madelung.

Revue d'orth. 1909. Nr. 3.

P. hat schon in einer früheren Arbeit folgende Leitsätze aufstellen können: 1) Die Madelungsche Deformität ist eine professionelle Krankheit derjenigen schwerarbeitenden Leute, die speziell die Hände stark dorsalflektieren müssen. 2) Dadurch wird der Epiphysen-



knorpel des Radius in seiner Entwicklung gestört, dadurch kommt es wiederum zur Inkurvation des Radius. Beschreibung eines Knochenpräparates, das P. im anatomischen Museum von Bologna nebst dem dazugehörigen Gipsabguss des Vorderarms und der Hand fand (bezeichnet als „kongenitale Deformität des Handgelenks"). Der Radiusschaft ist dorsalwärts mehr gekrümmt als normal. Die mediale Hälfte der unteren Epiphyse ist fast ganz verschwunden, sie geht über die Epiphysenlinie hinaus in den Schaft über. Der Rest der Gelenkfläche schaut nach der Hohlhand und der Ulna hin. Eine, wenn auch schmale Gelenkfacette für die Ulna existiert am dorsomedialen Rand der Epiphyse. Das os lunatum hat sich wie ein Keil zwischen die beiden Vorderarmknochenepiphysen eingeschoben. —

Andere Erkrankungen resp. Frakturen des Radius können die Madelungsche Deformität vortäuschen, haben aber eigentlich nichts mit ihr zu tun. — Die Inkurvation des Radiusschaftes hat nach P. keine grosse Bedeutung, doch ist sie mit der Veränderung der Epiphyse das konstanteste und charakteristischste der Deformität. Beide haben ihre Ursachen in dem ungleichen Wachstum der Epiphysenlinie, und dieses kommt nach P. durch die Wirkung von Zug und Druck bei der Arbeit zu stande. Eingehende Erklärung des mechanischen Zustandekommens der Epiphysenverbildung.

Ewald - Hamburg.

44) **Gandier** (Lille). Déformation rachitique symmétrique des deux poignets par radius curvus.

Revue d'orthop. 1909. Nr. 3.

Vierzehnjähriges Mädchen, das gesunde Eltern und Geschwister mit Ausnahme eines Klumpfussbruders hat, zeigte eine angeborene Hüftverrenkung und einen angeborenen Klumpfuss. Seit einem Jahr bemerkt das Mädchen, dass das untere Ulnaende beiderseits nach der Palmarseite des Handgelenks hin vorspringt, sie hat seitdem etwas Schmerzen in den Handgelenken und ist mit den Händen ungeschickter als früher. Die Deformität hat die Tendenz zur Verschlimmerung. Ausser diesen Missbildungen können folgende rachitische Deformitäten konstatiert werden: Skoliose, Beckendeformierung, genua valga recurvata, cubiti valgi, Trichterbrust; Laxität der Gelenke.

Die Vorderarmknochen sind verkürzt, die Hände stehen in ulnarer Abduktion und können nicht völlig palmar- und radial flektiert werden. Das untere Ulnaende ist an der palmaren Seite



des Handgelenks — also nach vorn luxiert! — zu fühlen. Die Ulna ist gerade, der Radius, wie das Röntgenbild zeigt, stark inkurviert, weshalb die Gelenkfläche schräg nach innen gestellt ist. Es handelt sich nach G. klinisch um eine Madelungsche Deformität (? — in G.'s Fall springt das Ulnaende palmarwärts vor, bei Madelung dorsalwärts! Ref.), die sich infolge einer Spätrachitis entwickelt hat und anatomisch durch eine Kurvatur der unteren Radiushälfte gekennzeichnet ist. Auf Kirmissons Trennung des radius curvus von der Madelungschen Deformität (Richtungsänderung der Radiusgelenkfläche [die übrigens auch auf G.'s Röntgenbildern zu erkennen! Ref.] ohne Verändernng der Diaphyse) weist G. hin. **Ewald**-Hamburg.

45) **Paul Herwig.** Ein Fall von beiderseitiger Spalthand, verbunden mit Syndaktylie.

Münch. med. Woch. 1909. Nr. 27.

Die Spaltung reicht an beiden Händen fast bis zur Handwurzel. Daumen und Zeigefinger sind syndaktylisch verbunden, ebenso rechts Zeigefinger und Mittelfinger sowie 4. und 5. Finger. Links besteht eine Syndaktylie zwischen Mittel und Ringfinger; der fünfte Finger ist rudimentär. **Ewald**-Hamburg.

46) **E. Kirmisson.** Pouces à trois phalanges.

Revue d'orthop. 1909. Nr. 3.

Ein neunjähriger Junge, von gesunden Eltern stammend, hat beiderseits einen dreigliedrigen Daumen, der rechts syndaktylisch mit dem Zeigefinger verbunden war. Die Syndaktylie wurde im ersten Lebensjahr operativ getrennt, ebenso wurde ein überzähliger Finger entfernt, der von der Aussenseite des 2. Metakarpale ausgegangen war und von dem man noch ein kleines Knochenrudiment fühlen und im Röntgenbild sehen kann. Der Daumen ist in allen drei Gelenken hakenförmig nach dem Zeigefinger hingebogen. Das Mittel- und Nagelgelenk sind versteift.

Linkerseits wurde im 2. Lebensjahr ein überzähliger Daumen entfernt. Jetzt sieht man noch im Röntgenbild eine Bifurkation der Grundphalanx. — Opposition und Flexion ist bei den Daumen gut möglich. — Die Grossmutter väterlicherseits hatte beiderseits doppelte Daumen. — Auffallend ist im Röntgenbild ausser den drei gut ausgebildeten Phalangen eine Epiphysenlinie an der Basis und am Kapitulum. Therapie bei der guten Funktion der Hände zu widerraten. **Ewald**-Hamburg.



47) **F. Palla** (Innsbruck). Ueber die traumatische Sehnenverdickung.

Bruns' Beiträge zur klinisch. Chirurg. 63. B. 3. H. p. 644.

Unter den traumatischen Sehnenverdickungen spielen die grösste Rolle der „schnellende Finger", — der neben anderen Ursachen häufig traumatischen Ursprunges ist — und die von Schanz als Tendinitis achillea traumatica bezeichnete Verdickung der Achillessehne oberhalb des Fersenhöckers. Verf. bringt fünf Fälle von „schnellendem Finger" aus der Innsbrucker Klinik, die durch Exzision eines ovalen Stückes aus der verdickten Sehne geheilt wurden. Die histologische Untersuchung der exzidierten Sehnenstücke dieser Fälle, und die genaue Verfolgung des Vorganges nach Sehnentraumen im Experiment (Quetschung der Achillessehne) ergaben, dass es sich um zweierlei Prozesse dabei handelte, 1. um progressive, 2. um degenerative. Je nachdem der eine überwiegt, kommt es zum Sehnenknoten, oder zur Erweichungszyste (Ganglion).

Baisch-Heidelberg.

48) **Walter S. Stern** (Cleveland). Drop phalangette.

Americ. journ. of orth. surg. 1909. Bd. VI. Nr. 3.

Zustande kommt die Verletzung durch eine Ruptur oder Ueberstreckung der Extensorensehne, wodurch letztere von der Basis des Nagelglieds abreisst. Die Umstände, unter denen die Sehne abreisst, sind alltäglicher Natur. (Strumpf an- und ausziehen, Ballauffangen). In frischen Fällen hat man das heruntergefallene Nagelglied nur in überstreckter Stellung zu fixieren, um Wiederherstellung der Funktion zu bekommen, in alten Fällen muss man die Sehne an das Periost der Phalanx nähen. Dann tritt immer Heilung ein. (Mitteilung von 11 Fällen.) **Ewald**-Hamburg.

49) **René Le Fort** (Lille). Atrophie congénitale du membre inférieur droit.

Revue d'orth. 1909. Nr. 3.

Zehnjähriges Mädchen mit Atrophie des ganzen rechten Beins, namentlich aber des Unterschenkels, 3,5 cm Verkürzung. Coxa valga, Fehlen des Valguswinkels am Knie, Hackenhohlfuss (Steilstellung des Kalkaneus im Röntgenbild). Alle Bewegungen der Zehen, des Fusses, des Ober- und Unterschenkels sind möglich, aber kraftlos. Kein Muskel ist gelähmt, alle sind paretisch. Besonders schwach ist die Wade ausgebildet. Gang sehr beschwerlich. Anamnese. Das Kind begann im Alter von 2 Jahren zu



hinken. Sonst nichts in der Anamnese, was auf eine Coxitis oder Poliomyelitis acuta deuten könnte.

Le F. meint, dass es sich um eine kongenitale Atrophie handelt; er vermutet ungenügenden Blutzufluss infolge Aplasie der Arteria iliaca. Die Coxa valga, genu rectum und den Hohlfuss nennt er funktionelle Adaptionsdeformitäten, die zur Kompensation der Verkürzung entstanden sind.

Bzgl. der Behandlung hält es Le F. für einen Fehler, etwa den sehr nützlichen, weil die Verkürzung kompensierenden Hohlfuss zu beseitigen. Nur eine erhöhte Sohle soll man rechts gehen, damit der Hohlfuss nicht noch mehr zunimmt. — Vielleicht liesse sich auch, wenn unsere Erfahrungen erst grösser sind, in einem solchen Fall die Blutzirkulation durch Wiederherstellung eines normalen Kalibers der Arteria iliaca bessern. (Ref. glaubt, dass dieser höchst originelle Eingriff ohne Erfolg bleiben würde. Nach der Photographie und dem Röntgenbild sowie nach einigen Bemerkungen der Krankengeschichte liegt ohne Zweifel ein einfacher Pes calcaneus paralyticus infolge Kinderlähmung vor.) **Ewald**-Hamburg.

50) **Eisenreich.** Ueber Elephantiasis cruris nach Poliomyelitis anterior und multiplen Erysipelen.

Diss. München 1909.

In dem vorliegenden Falle handelte es sich um einen 46 jährigen Mann, bei dem seit Kindheit eine Poliomyelitis anterior bestand, welche die die Muskulatur des linken Unterschenkels versorgenden Vorderhornganglienzellen zerstört hatte. Die Folge davon war eine extreme Atrophie der Muskulatur, die zum vollständigen Verschwinden derselben geführt hatte. Die Fettwucherung in diesen degenerierten Muskelpartien hatte die höchsten Grade erreicht, so dass man von einer richtigen Pseudohypertrophie der Muskulatur sprechen konnte, und war derartig stark, dass der Patient ins Krankenhaus kam, um sich den unförmig aufgeschwollenen und völlig gelähmten Unterschenkel amputieren zu lassen.

Blencke-Magdeburg.

51) **A. Mackenzie Forbes** (Montreal). The nonoperative treatment of fracture of the femoral neck.

Americ. journ. of orth. surg. 1909. Bd. VI. Nr. 3.

Bis vor kurzem ist die Behandlung der Femurhalsfraktur ziemlich erfolglos gewesen; Verkürzungen und Schwäche des verletzten Beines waren die Regel, knöcherne Vereinigung die Ausnahme.



Auch F. hatte in 25 Fällen nur fünfmal knöcherne Vereinigung und zwar um so seltener, je näher dem Kopf die Fraktur gelegen war (Gründe: Verschiebung des Schaftes nach oben, mangelhafter Druck der beiden Frakturstücke gegeneinander, schlechte Ernährung des Kopffragmentes, schlechtere Ernährungsverhältnisse des Halses im Allgemeinen).

Durch Extensionsverband in Abduktionsstellung und Beseitigung der Auswärtsrotation sucht man jetzt die Fragmente einander gegenüberzustellen, durch seitlichen Zug werden die Fragmente in Berührung gebracht. Die Behandlung muss 6—12 Monate dauern, dann sind die Resultate recht befriedigende, auch die bei Patienten in höherem Alter. Nur wird sich eine monatelange Extensionsbehandlung bei alten, schwachen Leuten nicht gut durchführen lassen. Hier soll die von Bannet vorgeschlagene Massage und passive Bewegungstherapie Platz greifen; eine knöcherne Vereinigung der Fragmente gibt man damit allerdings auf, und die Resultate sind dementsprechend wenig befriedigend.

Ewald-Hamburg.

52) **Gwilym G. Davis** (Philadelphia). The operative treatment of intracapsular fracture of the neck of the femur.

Americ. journ. of orth. surg. 1909. Bd. VI. Nr. 3.

Bei seinen Versuchen, nicht geheilte intrakapsuläre Femurhalsfrakturen zur Konsolidation zu bringen, wandte D. Nagelung mit Stahlnägeln, Elfenbeinstiften oder versilberten Schrauben an. Nur die letzteren ergaben befriedigende Resultate, aber manchmal erst nach langen Eiterungen. Deswegen verzichtet D. überhaupt auf die Einführung von Fremdkörpern, frischt nur die Enden an und fixiert drei Monate lang das Bein in extremer Abduktion. (3 Fälle gut geheilt!)

Ewald-Hamburg.

53) **Preiser** (Hamburg). Die Coxa valga congenita — die Vorstufe der congenitalen Hüftverrenkung.

Zeitschrift f. orthopäd. Chirurgie. Bd. XXI. Heft 1—3. S. 177.

Bei einem Knaben, der erst mit 2 Jahren laufen gelernt hatte, beobachtete Verf. im 10. Lebensjahre eine Coxa valga, deren Wesen er nach der Röntgenuntersuchung ausser in einer Steilstellung des Halses vor allem in einer beträchtlichen Anteversion des Kopfes sieht. Es entsteht diese Valgität des Femur nach den Untersuchungen des Verf. mit Wahrscheinlichkeit dadurch, dass die in utero dem Körper parallel anliegenden Oberschenkel gegen



die Beckenschaufel gedrückt werden. Die Ausbildung des normalen Schenkelhalswinkels kommt infolgedessen nicht zu Stande, sondern das Femur bleibt im ganzen gestreckter, der Kopf stellt sich antevertiert und auch die Pfanne wird weniger ausgebildet. Die Vorbedingungen für die Lux. cox. cong. sind damit gegeben, die Verrenkung selbst tritt aber erst bei Belastung durch das Körpergewicht ein. Fällt diese Belastung für die erste Lebenszeit weg, wie bei diesem Knaben, der erst mit 2 Jahren laufen lernte, so kann das Pfannendach sich besser ausbilden, und es bleibt nur die Vorstufe der Luxation, die Coxa valga bestehen. Auch die Steilheit der Beckenschaufeln bei Luxationskindern glaubt Verf. durch die seitliche Kompression des Beckens infolge Anliegens der Oberschenkel erklären zu können. Der schlechte Gang ist wohl durch die Veränderung des Angriffspunktes der Glutäen durch die Rückwärtslagerung des Trochanter zu erklären. Nach früheren Untersuchungen P.'s entspricht auch dem antevertierten Femurkopf eine mehr nach hinten sehende Pfanne, sodass eine Korrektur der Anteversion die Artikulationsverhältnisse eher ungünstiger gestalten dürfte. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

54) **G. Nové-Josserand u. E. Pervin** (Lyon). Les luxations vraies au cours de la coxalgie.

Revue d'orth. 1909. Nr. 3.

Ausser der Destruktionsluxation des Hüftgelenks kommt es bei der Coxitis — wie bei den akuten Entzündungen der Hüfte — zu plötzlichen Luxationen, ohne dass Pfanne und Kopf grosse Zerstörungen aufzuweisen brauchen. Mitteilung von neun einschlägigen Fällen (beobachtet von 1899—1909). Die Luxation erschien fast immer in den ersten Monaten des Bestehens der Coxitis und zwar meist bei nicht oder schlecht behandelten Patienten. Die Behandlung bestand in vorsichtiger Reposition des Kopfes (Traktion am Bein in leichter Abduktion und Druck auf den Trochanter genügt!) Doch bildete sich immer (ausser in 1 Fall) ein Abszess nach der Einrenkung. Ist ein solcher schon da, so soll man nicht reponieren, sondern resezieren.

Resultate: 1 unbekannt.
2 noch in Behandlung.
1 Reluxation.
1 Resektion.
1 gestorben an Meningitis nach Reposition.
3 Heilungen. **Ewald**-Hamburg.



55) **Louis Bec.** Contribution à l'étude du traitement des ankyloses de la hanche par la méthode de l'interposition musculaire.

Thèse de Paris 1909.

Die Methode besteht hauptsächlich darin, dass durch einen halbmondförmigen, mit der Konkavität nach oben gerichteten Schnitt, der grosse Trochanter freigelegt, abgesägt und mit den daran haftenden Muskelteilen beiseite geschoben wird, worauf man an die Pfanne kommt, den festsitzenden Oberschenkelkopf abmeisselt und nun aus der medianen Seite des Musc. glutäus min. ein Bündel abpräpariert und an das transversale Ligament des Acetabulums annäht. Der Schenkel wird hierauf an seinen Platz gebracht, der Trochanter durch einen Stift befestigt, hierauf wird genäht und drainiert. Man legt einen Hennequin'schen Apparat an und beginnt mit den Bewegungen so frühzeitig wie möglich. In den zwei, auf diese Weise behandelten Fällen, die der Verfasser beobachten konnte, war das erzielte Resultat ein ausgezeichnetes und konnten beide Patienten weite Touren unternehmen und schwere Arbeit leisten.

E. Toff-Braila.

56) **Schulte am Esch.** Ueber Lipoma arborescens des Kniegelenks.

Diss. Leipzig. 1909.

Sch. berichtet über 5 Fälle von abnormer Fettwucherung im Kniegelenk, die in der Gochtschen Klinik zu Halle mit sehr gutem Erfolg operiert wurden, nachdem sie zunächst sämtlich konservativ mit Massage, Heissluft, Gymnastik etc. ohne jeden Erfolg behandelt waren und nachdem, während der Behandlungszeit die Diagnose „Lipoma arborescens" absolut sicher gestellt war.

Blencke-Magdeburg.

57) **E. Muirhead Little** (London). Some notes on ankylosis of the knee.

Americ. journ. of orth. surg. 1909. Bd. VI. Nr. 3.

L. teilt die Ankylosen in 1. komplette, d. h. unbewegliche und 2. in inkomplette, teilweise bewegliche ein. Dieser Faktor der Beweglichkeit ist in jedem Fall zu beachten, weil teilweise bewegliche Gelenke wohl gerade gemacht, aber nicht versteift werden dürfen. An der Hand von drei Krankengeschichten (einmal fibröse Knieversteifung nach Osteomyelitis des femur, zweimal multipler Gelenkrheumatismus) werden die verschiedenen Methoden, die in

den 3 Fällen auch angewandt wurden, besprochen: forciertes Redressement, Etappengipsverband, Durchschneidung, resp. Verlängerung der Kniekehlensehnen, eventuell auch der Kapsel und Bänder, Arthrotomie, Keilosteotomie, suprakondyläre Osteotomie. Letztere drei Verfahren kommen nur bei knöcherner Ankylose (Röntgenbild!) in Betracht, oder wenn die anderen Methoden nicht zum Ziel geführt haben. **Ewald**-Hamburg.

58) **Robert Werndorff.** Zur paraartikulären Korrektur der Kniegelenkankylosen. Die keilförmige paraartikuläre Osteotomie mit freier Autoplastik eines Knochenkeils aus der Tibia in den Oberschenkeldefekt.

Wien. med. Woch. Nr. 22.

W. bespricht sämtliche bisher geübten Verfahren zur Korrektur der Kniegelenksankylose. Die Helferich'sche bogenförmige zentrische Osteotomie scheint ihm bei Ankylosen mit einem Beugungswinkel von mehr als 135 Graden, wenn nicht besondere Gegenanzeigen vorliegen, die beste Methode zu sein. Doch wird man oft der subkutanen suprakondylären Osteotomie den Vorzug geben, die technisch leichter und von geringeren Gefahren begleitet ist. Allerdings muss man eine geringfügige Bayonnettstellung dabei mit in Kauf nehmen. Bei Jugendlichen hält er sogar nur die Osteoklase für angebracht.

Beträgt der Beugewinkel der Ankylose weniger als 135 Grade, dann genügt die Helferich'sche Methode nicht. Man muss dann noch einen Knochenkeil herausnehmen, macht also eine bogenförmige Keilresektion. Die Gefahren und oft beobachteten lästigen Zufälle der zentralen Operationen (Lähmungen oder Arterienverschluss in der Kniekehle) lassen die paraartikulären Methoden vorteilhafter erscheinen. Man hat die Wahl zwischen Osteotomie und Osteoklase oberhalb und unterhalb des Kniegelenkes. Man korrigiert erst nach Ablauf der Erkrankung, obgleich das Gelenk völlig unberührt bleibt. Jede Zerrung der Gefässe und Nerven wird vermieden, von der Länge des Knochens geht nichts verloren. Die Behandlungszeit ist auf ein Minimum abgekürzt. Bei den zentrischen Methoden beträgt sie, wie Verf. einleuchtend darlegt, 1 bis 1½ Jahre, bei den paraartikulären nur 8 Wochen, da Wunden in der Diaphyse rasch knöchern verwachsen, wodurch die Rezidivgefahr ebenso sehr verringert wird, als durch den Umstand, dass die paraartikuläre Osteotomie eine absolute Streckung des Beines ermöglicht. In



einem Falle verwendete Werndorff den aus der Tibia gewonnenen Keil zur Ausfüllung des Spaltes im Femur mit gutem Erfolge.

Spitzy-Graz.

59) **J. Torrance Rugh** (Philadelphia). When is bony union complete after excision of the Knee-joint.

Americ. journ. of orth. surg. 1909. Bd. VI. Nr. 3.

Es herrschen Meinungsverschiedenheiten, wie lange nach Kniegelenksresektion das Bein fixiert werden muss, um fest zu konsolidieren. Nach Verf.'s Erfahrung kommt vor dem 12. Lebensjahr gern eine fibröse Heilung zustande, und damit fast immer eine Flexionskontraktur. In späteren Jahren ist eine knöcherne Vereinigung wahrscheinlicher. Doch können verschiedene Faktoren wie schlechter Gesundheitszustand, unvollständige Fixation, Periostzerstörung, Blut zwischen den Resektionsenden, mangelhafte Koaptation usw. die Knochenheilung vereiteln oder verzögern. Völlige Fixation sollte mindestens ein Jahr, besser zwei bewahrt werden. **Ewald**-Hamburg.

60) **Lockwood.** Arthrotomy of the knee for the removal of inflamed synovial fringes and of the pads of Malgaigne.

British medical journal. 1909. Nr. 2531.

Verf. betont die Wichtigkeit der Stellung der Differentialdiagnose, bevor man an die Operation am Kniegelenk geht. Die oft gestellte Diagnose: Verrenkung (sprained) ist oft falsch, sondern vielfach eine Zerreissung oder Quetschung mit folgender entzündlicher Schwellung der Synovial-Zotten und der von Malgaigne beschriebenen Fettpolster neben der Patella. 3 mal war er genötigt, diese wegen ihrer Schwellung zu entfernen. Er bemerkt nebenbei, dass es ihm nie gelungen ist, luxierte oder abgerissene Gelenkknorpel zu reponieren, dies ist nach seiner Meinung nicht möglich, sondern sie sollen stets excidiert werden. Die Gefahren nach einer Arthrotomie des Kniegelenkes sollen nicht unterschätzt werden. Zwei sehr unangenehme Zwischenfälle veranlassen Verf. alle drohenden Komplikationen zu erwähnen. Ein Patient, der bereits nach Arthrotomie wegen Semilunarknorpelluxation aufgestanden war, bekam eine Angina, die zur sekundären Eiterung des operierten Gelenks führte und zur Oeffnung und Drainage Veranlassung gab. Ein zweiter Patient, der an Malaria litt, bekam, nachdem die Nähte nach fieberlosem Verlauf entfernt waren, eine Malariaattacke, die zur Eiterung des Knies führte. (Staphylococcus aureus im punktierten Erguss.) **Mosenthal**-Berlin.

Kongressberichte, Vereinsnachrichten etc.

61) 81. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Salzburg 19.—25. IX. 09.

Münch. med. Woch. 1909. 40.

Bumm (Wien), zur „funktionellen" Therapie Unfallverletzter.

B. hebt die Bedeutung der Behandlung Unfallverletzter seitens des erstintervenierenden Arztes wie des eigentlich behandelnden Arztes für die Zukunft des Verletzten hervor. Bei der ersten Hilfeleistung muss alles vermieden werden, was die spätere Funktion des verletzten Gliedes zu beeinträchtigen geeignet ist. Hierher gehört die definitive Blutstillung, Hautnaht, Versorgung komplizierter Frakturen am Verletzungsorte; hier sollten die Wunden nur provisorisch versorgt werden. Dann würden Sehnennähte nicht so häufig übersehen werden und die Frakturen würden besser behandelt werden.

Ferner wendet sich B. gegen die zu häufige und zu lange Immobilisierung einfacher Knochenbrüche. Die Folgen seien häufig sehr funktionsbehindernd: Kallushyperthrophie, Gelenksteifigkeit, Muskelatrophie. Besonders schädlich sei der zirkuläre Gipsverband, der durch abnehmbare Kapsel- uud Schienen- eventuell auch Extensionsverbände ersetzt werden sollte.

v. Hacker (Graz) erläutert sein Verfahren des autoplastischen Ersatzes von Strecksehnen der Finger. Er erinnert daran, dass am 1., 2. und 5. Finger zwei Strecksehnen zur Aponeurose verwachsen seien, eine also zur Plastik benutzt werden kann. Bei einem Mittelfinger, dessen Strecksehne durch Panaritium verloren gegangen war, schaffte er Ersatz durch eine Zeigefingerstrecksehne. Die Funktion wurde sehr gut.

Lorenz (Wien). Die Reposition, Retention und ambulante Behandlung des Schenkelhalsbruchs.

Die übliche Extensionsbehandlung genügt nicht bei grosser Deformität. Ueber Bardenheuers Methode hat L. keine Erfahrung. Man muss den Schaft nach dem Kopf einstellen, also stark abduzieren, einwärts rotieren und etwas beugen. In dieser Stellung soll ein fixierender Verband angelegt werden. L. zieht dem Zug auf jeden Fall die Reposition — eventuell in kurzer Narkose — und genügend lange Fixation vor. Schenkelhalsbrüche darf man lange Zeit nicht belasten.

In der Diskussion schliesst sich v. Hacker der Meinung von Lorenz an, macht aber nach der Reposition einen Extensionsverband, eventuell später Gips.

Storp (Danzig) glaubt, dass ein grosser Teil der Fälle von Coxa vara adolescentium auf Schenkelhalsbrüche zurückzuführen ist; die Gewalteinwirkung ist manchmal gering. Mit der Bardenheuerschen Methode hatte er gute Erfolge. Namentlich bei alten Leuten lassen die Beschwerden rasch nach.

Kroh (Köln) erwähnt, dass Bardenheuer den Hauptwert auf dauernde Distraktion mit grossen Gewichten (bis 60 Pfd.) legt; sonst kann der Hals grossenteils resorbiert werden.



Katholicky (Brünn) hat bei arthropathischen Gelenken partielle Resektionen vorgenommen. Schmieden (Berlin) heisst dies nicht gut, nicht einmal punktieren soll man derartige Gelenke. Der Erguss kommt doch sofort wieder und ist auch günstig, da er die Reibung der rauhen Gelenkflächen mildert. Schm. schlägt portative Apparate vor.

Wahl (München) zeigt — als Fortschritt in der Behandlung des Schiefwuchses — billige verstellbare Reklinationsbetten und Turngeräte, bei welchen die Körperschwere im Hang für die Korrektion ausgenutzt wird. Bei schwereren, fixierten Skoliosen, bei denen die Heilungsaussichten überhaupt gering sind, lässt er ausserdem ein leichtes, wenig belästigendes Stoffkorsett tragen.

Semeleder (Wien): Neuere orthopädisch-technische Konstruktionsprinzipien zur unblutigen Herstellung der Fnnktion gelähmter Extremitäten.

Bei Plattfuss kann man eine Kraft seitlich gegen den inneren Knöchel wirken lassen, und zwar kann man die vertikal wirkende Schwerkraft durch Winkelhebel in diesem Sinne umwandeln (Schuhe mit einseitig federndem Absatz). Bei Quadricepslähmung kann man einen Hessingapparat so einrichten, dass das Gelenk bei Belastung in Streckstellung durch eine selbsttätige Bandbremse fixiert wird. — Durch Hebelwirkung kann man Bewegungen der oberen Extremität auf Hüfte und Oberschenkel übertragen.

Dohan (Wien). Ueber Lumbago traumatica. In 25 Fällen von Kreuzschmerz nach Unfall zeigten sich auf dem Röntgenbild deutliche Zeichen von Arthritis deformans, am stärksten zwischen 4. und 5. Lendenwirbel. Der chronische Prozess hat meist vor dem Unfall schon bestanden, kann aber durch das Trauma verschlimmert werden. **Ewald-Hamburg.**

62) **Neuber** (Kiel). II. Tagung der Vereinigung nordwestd. Chir. zu Kiel. 3. VII. 09.

Zentralbl. f. Chir. 1909. Nr. 34.

Ueber Gelenktuberkulosen.

Im Anschluss an den Fall eines 48 j. Mannes, dessen Koxitis 2 Jahre lang erfolglos konservativ behandelt war, und der dann ausgiebig reseciert wurde, wird das Operationsverfahren geschildert (ausgiebige Inzisionen, Luxation, Abtragung alles Kranken, Desinfektion der Wundhöhle mit 10 %iger Formalinseife, Tamponade der Wundhöhle mit Vioformgaze, Naht bis auf kleinen Spalt). Nur wenig Verbandwechsel, nach 8 Wochen Heilung der äusseren Wunde, 2 Wochen später entlassen mit 1 Stock und steifer Hüfte. — Steife Gelenke werden bei allen Knie- und Hüftresektionen erstrebt, für alle anderen Gelenke gilt möglichst gute Beweglichkeit als Ziel. Rezidive sind sehr selten, Dauerheilungen durchaus die Regel.

Ein lokalisierter Knochenherd ist eine Indikation zur Gelenkeröffnung. Synoviale Fälle werden zunächst konservativ behandelt, wenn nicht bald deutliche Besserung eintritt, inzidiert, ausgeräumt, ausgewaschen und jodoformisiert. Ebenso die periartikulären Abszesse. Bei zu häufigen Rezidiven soll man auch hier mit der Resektion nicht allzulange warten. Ueber die Serumbehandlung hat N. keine Erfahrung, rät aber zu Versuchen.

Baum (Kiel) stellt 5 Fälle von mehr oder weniger ausgedehnten Fussgelenksresektionen vor, die mit dem sehr zweckmässigen vorderen Lappenschnitt ausgeführt wurden und rezidivfrei geblieben sind.

Müller (Rostock) pflegt mit gutem Erfolg die Resektionswunden nach Anwendung von Jodoform möglichst vollständig zu vernähen. Rezidive bei primär schön verheilten Gelenken kommen vor.

Göbell (Kiel) berichtet über die Resektion von 3 durch Tuberkulose schwer zerstörten Hüftgelenken in Momburg'scher Blutleere. Ein Schaden wurde nicht beobachtet.

Kümmell meint, dass die Knochentuberkulose in Hamburg seltener geworden ist. Er ist für möglichst konservatives Vorgehen. Die Serumtherapie hat er systematisch erprobt, aber keine durchschlagende Wirkung gesehen.

König (Altona) fragt, was mit der Formalinseife bezweckt werden soll. — Die einfache Inzision tuberkulöser Gelenke mit Wegnahme der erreichbaren Granulationen kann er nicht gut heissen. — Mit Marmorekserum an 14 Kranken angestellte Versuche ergaben keine nennenswerte Beeinflussung der Kranken. Dagegen glaubt K. dem Alt-Tuberkulin Koch eine günstige Beeinflussung zuerkennen zu müssen.

Etwa derselben Ansicht ist **Anschütz** (Kiel). Er rät, die Sera zunächst bei einfachliegenden Fällen, geschlossener Tuberkulose anzuwenden. — Im Uebrigen schränkt er die Resektion des Hüftgelenks aufs äusserste ein.

Ewald-Hamburg.

Anschütz (Kiel). II. Tagung der Vereinigung nordwestdeutscher Chirurgen in Kiel 9. 7. 09.
Zentralblatt für Chir. 1909. 34.

Die Myositis ossificans am Ellenbogengelenk kommt besonders bei der Lux. antebrachii post. vor. Sie ist eine häufige Komplikation und hat nicht immer eine günstige Prognose. Bei den demonstrierten Pat. handelt es sich um veraltete Luxationen, die nach vergeblichem Repositionsversuch schliesslich blutig eingerenkt werden mussten. Danach war die periartikuläre Knochenbildung sehr stark und hat zur völligen Fixation des Gelenks geführt. Es lässt sich nicht von der Hand weisen, dass das Periost zerfetzt und in die Muskulatur verlagert wird. Es ist jedoch auch nicht ausgeschlossen, dass der Muskel selbst ossifiziert.

König (Altona) hat die Knochenneubildung als „frakturlose Kallusbildung" bezeichnet und hält diesen Ausdruck für besser als „Myositis ossificans traumatica". Zwar könnten auch Entzündungen des Muskels zur Knochenbildung führen. Auf den einmaligen traumatischen Reiz aber können alle Bindesubstanzen durch Knochenbildung reagieren, eine Beteiligung des Periosts ist gar nicht nötig.

Ewald-Hamburg.

Baum (Kiel). II. Tagung der Vereinigung nordwestdeutscher Chirurgen zu Kiel 3. 7. 09.
Zentralblatt für Chir. 1909. 34.

B. empfiehlt warm den Rat Kausch's, bei der Patellarfraktur nach der Naht das Knie flektiert zu verbinden, um die Nachbehandlung zu erleichtern und abzukürzen. Demonstration eines Patienten, der bereits 4 Wochen nach der Naht das Bein frei strecken und beugen konnte. **Ewald**-Hamburg.



63) **Strohe I.** Allgem. ärztl. Verein zu Köln. 19. VII. 09.
Münch. med. Woch. 1909, 38.

Demonstration einer Missbildung.

Bei einem 24 j. Korbflechter fehlte an beiden Händen der proc. styloid. radii, das os trapezium, sowie 2 Mittelhandknochen. An beiden Füssen ist der Malleolus tibiae wenig ausgeprägt, Talus und Calcaneus, vielleicht auch Cuboid vorhanden, es findet sich aber nur ein Mittelfussknochen und eine stark nach innen verbogene Zehe. **Ewald**-Hamburg.

64) **Anschütz.** Medizinische Gesellschaft in Kiel. 22. 7. 09.
Münch. med. Woch. 1909, 40.

Ueber Ostitis fibrosa.

Wir wissen jetzt, dass die Zystenbildung im Knochen in der Mehrzahl der Fälle nicht erweichenden Tumoren, sondern einer lokalisierten Ostitis fibrosa zu verdanken ist. Am besten bekannt ist das zystische Spätstadium, weniger das tumorähnliche Frühstadium. Das Trauma scheint manchmal für die Entstehung des sehr langsam fortschreitenden Leidens, das lange latent bleibt, verantwortlich gemacht werden zu können. Nach Spontanfrakturen werden manchmal vorübergehende Besserungen beobachtet, die vielleicht durch Entlastung der Zystenwand und Anregung zur Knochenneubildung erklärt werden können

Die Frühoperation (auch nur einfache Inzision) hat oft gute Erfolge ergeben; in Spätfällen scheinen die Störungen des Periosts irreparabel sein zu können. Knorpelinseln scheinen besonders häufig bei jugendlichen Individuen gefunden zu werden.

A. hat 6 Fälle gesehen (Humerus, Fibula, Kalcaneus), bei dreien war die traumatische Enstehung sehr wahrscheinlich. — Bei einem 36 jährigen Manne entwickelte sich 3 Wochen nach einer Knöchelfraktur im Gipsverbande ein grosser Tumor am äusseren Malleolus, der 5 Monate lang in gleicher Grösse bestand und dann extirpiert wurde. (Derber Tumor ohne grössere Cysten.) Diagnose nach Probeexzision Sarkom. Bei der Exstirpation fand sich eine sehr dünne Knochenschale, die nach der Tibia zu gelegene Knorpelfläche war gut erhalten. Mikroskopisch fand sich das Frühstadium der Ostitis fibrosa.
Ewald-Hamburg.

65) **Konjetzny.** Medizinische Gesellschaft in Kiel. 22. 7. 09.
Münch. med. Woch. 1909. 40.

Zur pathologischen Anatomie und Pathogenese der Ostitis fibrosa.

Pathologisch-anatomisches zu dem von Auschütz vorgestellten Fall (s. diesen). Die dicke Kapselbildung des Tumors sprach gegen eine destruktive Invasion der Tumorzellen in die Umgebung. — Auf dem Durchschnitt fielen bis bohnengrosse braunrote Herde auf, die zweifellos von Haemorrhagien herrührten. Das zellreiche Gewebe des Tumors besteht aus gleichmässig angeordneten spindligen Zellen. Diagnose: eine Art entzündlicher, bezw. resorptiver Neubildung (tumorbildende Ostitis fibrosa). Gegen die Diagnose Sarkom spricht das absolute Fehlen jeglicher Polymorphie der Zellen, die sukzessive Differenzierung der zellreichen Partien in die zellarmen, das massenhafte Vorkommen von Plasmazellen mitten in dem zellreichen Gewebe, das Verhalten



der Riesenzellen, die als Fremdkörperriesenzellen aufzufassen sind. (Diese sind vielleicht zu den Osteoklasten in Beziehung zu setzen.)

Ewald-Hamburg.

66) **Ritter**. Medizin. Verein in Greifswald. 21. XI. 08.

Deutsche med. Woch. 1909. Nr. 15.

Multiple Knochenfrakturen.

Der 11 jährige Junge hat bis jetzt 21 mal beide Oberschenkel und den rechten Unterschenkel gebrochen. Die Frakturen waren wenig schmerzhaft und heilten überraschend schnell ohne starken Callus. Pat. ist sonst normal gebaut, nur besteht starke Beckensenkung, Coxa vara und Verbiegung der Oberschenkel nach aussen, X-Bein, Plattfüsse, Säbelscheidenform der Tibiae. Im Röntgenbild sieht man starke Atrophie der Knochensubstanz, Kortikalis ganz dünn. Keine Zeichen ven Rachitis. R. hält den Fall für eine Osteogenesis imperfecta (Form der Osteomalazie). **Ewald**-Hemburg.

67) **Willems** (Gent). Société de chir. de Paris. 16. I. 09.

Revue de chir. 1909, 2.

Operative Frakturenbehandlung ohne Fixation der Fragmente.

W. behandelt, wenn irgendmöglich die Frakturen unblutig. Durch die Bardenheuersche Methode erreicht man vorzügliche Resultate. Nur bei irreduciblen und bei einigen Gelenkfrakturen geht W. operativ vor, befreit jedoch nur die Fragmente von ihren Hemmungen und koaptiert sie. Eine Fixation durch irgend ein Hilfsmittel, sei es auch nur ein Faden, hält er für unzweckmässig. Es genügt durchaus in allen Fällen ein Gipsverband, um Konsolidation der Fraktur in guter Stellung zu erhalten.

Derselben Meinung sind Walther, Lucas-Championnière, Demoulin, Nélaton, Broca, während Chaput, Thiéry, Schwartz, Quénu bei manchen Frakturen (Clavicula, Vorderarm) eine Fixation mit Draht, Catgut oder Seide nicht umgehen wollen. **Ewald**-Hamburg.

68) **Maclewen.** 77. Jahresversammlung der British-medical association in Belfast. 28. und 29. VI. 09.

Münch. med. Woch. 1909, 37.

Behandlung tuberkulöser Gelenke.

Nur im allerersten Stadium, wenn es sich um zerstreute Tuberkeln handelt, kann man von der Tuberkulinbehandlung Nutzen erwarten. Später kommt die lokale Anwendung chemischer Stoffe sowie chirurgische Massnahmen in Betracht. Die Ausbreitung der Tuberkulose auf die Synovialmembran ist möglichst zu verhüten. Nützlich für Diagnose und Behandlung ist die Injektion der Fisteln mit Wismutemulsion. Jodoforminjektionen sind oft nützlich. Die Biersche Stauung hat sich in England nicht bewährt. In späteren Stadien hat Vortr. mit ausgezeichneten Resultaten die intrakapsuläre Resektion angewandt. R. Jones behandelt Abscesse so konservativ wie möglich. Deformitäten korrigiert er in allen Stadien.

Crawford Renton will besonders beim Ellenbogengelenk die konservativen Methoden nicht allzulange ausgedehnt wissen.

Ewald - Hamburg.

69) **Thiéry.** Société de chir. de Paris. 19. V. 09.

Revue de chir. 1909, 7.

Behandlung des Tumor albus mit Bierscher Stauung.

In 12 Fällen von Fuss- und Handgelenkstuberkulose hat die Methode keinen Erfolg gehabt. Theoretisch scheint sie dem Vortr. auf einem Irrtum zu beruhen (gute Zirkulation ist bei allen erkrankten Geweben die Hauptsache) und kann dazu führen, alte bewährte Methoden zurückzudrängen (Auskratzung, Jodoforminjektionen).

Moty glaubt, dass die Biersche Methode bei akuten nnd subakuten Tuberkulosen gute Resultate ergeben kann.

Broca hat keine Erfolge gehabt, trotzdem einer seiner Assistenten die Methode in Bonn gelernt hat.

Chaput bemerkt, dass bei fistelnden Tuberkulosen immerhin Erfolge zu verzeichnen seien. Die verschiedenen Resultate der einzelnen Chirurgen beruhen wahrscheinlich auf einer verschiedenen Anwendungsweise.

Ewald-Hamburg.

70) **M. Strauss.** Aerztl. Verein zu Nürnberg. 15. 7. 09.

Münch. med. Woch. 1909. 39.

Konservative Behandlung der Knochen- und Gelenk- sowie Weichteiltuberkulose nach Mencière (Phénolisation).

St. hat in vier Fällen von nicht infizierten fistelnden Tuberkulosen konzentrierte Karbolsäure (90, Alkohol ad 100) angewandt Das Verfahren erwies sich als ungiftig und gefahrlos, führte rasch zu guten Granulationen, denen bald Heilung folgte. **Ewald**-Hamburg.

71) **Hepner.** Aerztl. Verein in Danzig. 25. III. 09.

Deutsche med. Woch. 1909, 37.

Moderne Behandlung der Skoliose.

Die verschiedenen Verfahren (Redression, Fixation, passive und aktive Bewegungen) werden besprochen. Möglichst ist der Grundsatz: „Funktion des erkrankten Körperabschnitts in redressierter Stellung" — auch auf die Skoliose zu übertragen. Dies gelingt durch die Apparate von Schulthess und Lange in vollkommener Weise. Vortr. ist mit den Apparaten des letzteren sehr zufrieden. Die Kriechbehandlung von Klapp wird verworfen, da sie bei Doppelkrümmungen (70—80 %) versagt.

Diskussion. Petruschky und Jelski haben häufig Skoliosen nach geringfügigen Ursachen — Stehen auf einem Bein, Führung kleiner Kinder am hocherhobenen Arm — entstehen und nach Beseitigung der Ursachen wieder vergehen sehen. **Ewald**-Hamburg.

72) **Enderlen.** Würzburger Aerzteabend. 6. VI. 09.

Münch. med. Woch. 1909, 30.

38j. Mann, bei welchem nach schwerem Heben eine Serratuslähmung zustande gekommen war. Flügelförmiges Abstehen der Skapula, Arm nur bis zur Horizontalen zu erheben. 4 Wochen nach dem Unfall Transplantation des sehnigen Ansatzes der Pars costalis des M. pectoralis major an den unteren Skapulawinkel. Pat. kann jetzt den Arm fast bis zur Senkrechten heben; das flügelförmige Abstehen des Schulterblatts ist kaum noch zu bemerken.

Ewald-Hamburg.



73) **Garavini.** Medizinisch-chir. Gesellsch. in Modena. 12. II. 09.

Revue de chir. 1909, 6.

Einem sonst gut entwickelten Jungen von 11 Jahren fehlten auf einer Thoraxseite die beiden musculi pectorales, an deren Stelle man ein fibröses Band konstatierte. Keine Funktionsstörung des Arms, keine Thoraxdeformität.

Ewald-Hamburg.

74) **Stursberg.** Niederrheinische Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Bonn 20. VII. 1908.

Deutsche med. Woch. 1908, 53.

Vorstellung eines 20 j. Mädchens mit rudimentärer Entwicklung beider Schlüsselbeine. Keine Bewegungsbehinderung in den Armen. Die Klavicularudimente sind nur 6 cm lang und enden frei unter der Haut, weit vom Akromion entfernt. Links besteht eine lockere Verbindung mit dem Sternum, rechts ist eine solche nicht zu erkennen. Die Schultern können einander vorn und nach innen bis zur Berührung genähert werden. Von Muskeln fehlen die klavikularen Anteile der sternocleido-mastoidei, der trapezii und des rechten Deltoideus. **Ewald**-Hamburg.

75) **P. Delbet** u. **Moquot.** Société de chir. de Paris. 21. Juli 1909.

Revue de chir. 1909, 9.

Da bei der Luxatio acromio-clavicularis die Funktion sehr behindert ist, und mit der Naht oder Schienung des Acromio-claviculargelenks nichts erreicht wird, haben D. und M. die gerissenen Coraco-clavicularbänder durch Silberdraht und — da dieser bei dem ersten Bewegungsversuch riss — in einem 2. Fall durch 2 Seidenfäden ersetzt, die unter dem Proc. coracoid. und über dem Schlüsselbein wegliefen und am Periost fixiert wurden. Gutes Resultat.

Tuffier bestätigt, dass Seide besser als Metall sei.

Reynier bemerkt, dass er schon 1877 hervorgehoben habe, dass eine Lux. acromio-clavicularis nur denkbar sei, wenn die Coraco-clavicularbänder gerissen seien.

Morestin hat in 2 Fällen das acromiale Ende der Clavicula um 2 cm reseciert. Erfolg befriedigend. **Ewald**-Hamburg.

76) **R. Picqué.** Société de chir. de Paris 21. 4. 09.

Revue de chir. 1909. 6.

Ein 35 jähriger Mann bekam 3 Wochen nach einem Schlüsselbeinbruch eine Plexusbrachialislähmung (Typus Duchenne-Erb). P. entfernte den Callus und nähte die Fraktur mit Draht, worauf restitutio ad integrum eintrat. **Ewald**-Hamburg.

77) **Krüger.** Aerztl. Verein in Hamburg. Biol. Abt. 19. X. 09.

K. berichtet über den Fall einer Schulterverletzung, die auf dem Röntgenbild scheinbar ihren Ausdruck fand in einem Schatten oberhalb des Acromioclarivulargelenks. Nach den Veröffentlichungen von Stieda konnte man an eine Schleimbeutelentzündung mit nachfolgender Kalkablagerung denken. Die Untersuchung des exstirpierten Tumors ergab aber ein Dermoid, das wegen

seiner verhornten Epithelien und Cholestearinnadeln zur periartikulären Schattenbildung Veranlassung gegeben hat. Mit dem Trauma hatte die Geschwulst natürlich nichts zu tun. **Ewald**-Hamburg.

78) **Läwen**. Medizinische Gesellschaft zu Leipzig. 9. III. 09. Münch. med. Woch. 1909. Nr. 29.

Knochenperiosttransplantation nach Humerusresektion.

Der durch Exstirpation eines Sarkoms gesetzte 12 cm lange Defekt wurde durch ein Tibiaperiostknochenstück ersetzt. Feste Anheilung, aber Rezidiv nach $2^1/_2$ Monaten, weshalb Exartikulation des Arms. Die Untersuchung des Präparats ergab: das Tibiastück ist revascularisiert und in toto der Nekrose verfallen (keine Knochenkernfärbung). Osteophystenbildung vom transplantierten Periost her und vom Humerusstumpf. In den Haversschen Kanälen und im Markraum Zeichen lakunärer Resorption, aber auch Substitution des toten Knochen durch neugebildeten. **Ewald**-Hamburg.

79) **Frank S. Mathews.** Chir. Gesellschaft in New-York. 10. II. 09. Revue de Chir. 1909, 7.

Junge mit irreponibler Fraktur des condylus ext. humeri. Bei der Operation fand M. eine Drehung des Fragments um 180° und Durchtritt durch die Aponeurose. Reposition und Heilung.

In einem anderen schon veralteten Fall musste der abgesprengte Condylus ext., da er nicht angeheilt war, entfernt werden.

Gibson hat dieselbe Drehung des Condylus am Femur gesehen.

Ewald-Hamburg.

80) **Bossi, B.** (Mailand). Considerazioni sopra la cura della lussazione della spalla complicata a frattura della parte alta dell'omero.

Società medico-biologica milanese. Seduta 28 giugno 1909.

Ausgehend von einem von ihm operierten Fall lenkt Verf. die Aufmerksamkeit auf die Vorteile, die bei dieser Läsion durch die blutige Reposition des Humeruskopfes, durch Aneinanderbringen der Frakturflächen nnd ihre Fixierung erzielt werden können. Das von ihm erhaltene gute Resultat, das durch die vor und nach der Behandlung ausgeführten Röntgenographien bewiesen wird, ist umso bemerkenswerter, als der Eingriff erst 22 Tage nach der Läsion ausgeführt wurde, als periartikuläre Neubildungen und Schrumpfungen der Weichteile den Eingriff erschwerten. Bei der Ausführung ist es notwendig, die Elemente des Gefässnervenbündels zu erkennen, welche den verlagerten Kopf umgeben, um nicht Gefahr zu laufen, sie bei den heftigen Reduktionsbewegungen zu zerreissen. **Buccheri**-Palermo.

81) **Silhol** (Marseille). Société de chir. de Paris. 16. XII. 08. Revue de chir. 1909. 1.

Operationen bei Ellenbogenverletzungen beim Kinde.

Zweimal wurde bei irreponiblen Luxationen mit gutem Erfolge die Arthrotomie gemacht. In einem Fall (4 jähriges Kind) wurde der versteifte Ellenbogen in Narkose forziert mobilisiert. 3 Sitzungen waren nötig. Bei Kindern ist dieses Verfahren besser als die teilweise Mobilisierung und Massage, die



nur mässige Resultate ergibt. Dreimal wurde ein nach vorn vorstehendes Diaphysenfragment plus Callus abgemeisselt. — Bei 2 T-Frakturen erzielte die Operation einmal ein mittelmässiges Resultat. — Dreimal wurde eine Fraktur des Condylus ext. humeri beobachtet, der zweimal ohne Schaden für die Funktion entfernt wurde.

In der Diskussion schliesst sich Broca allen Verfahren von S. an, nur bei deform geheilten Diaphysenbrüchen will er länger zuwarten, da sich bei Kindern erfahrungsgemäss Callus und vorstehende Knochenstücke beträchtlich resorbieren können. **Ewald**-Hamburg.

82) **Froelich.** Société de méd. de Nancy.
Revue de chir. 1909, 4.

F. hat 8 Fälle von Volkmannscher ischämischer Lähmung gesehen, 2 davon behandelte er mit Kontinuitätsresektion der beiden Vorderarmknochen; diese Operation zieht er der Verlängerung der retrahierten Beuger vor. Ist die Muskulatur völlig verschwunden, so wäre an eine Transplantation des Biceps auf die Extensoren zu denken. Die Beobachtungen (Kinder mit Vorderarmbrüchen, die einen zu engen Verband trugen) und die Untersuchungen an einem wegen ischämischer Lähmung amputierten Vorderarm zeigen, dass es sich um eine reine Muskelläsion handelt. **Ewald**-Hamburg.

83) **Tixier.** Société de Chir. de Lyon. 19. XI. 08.
Revue de chir. 1909. 1.

Bei einer Vorderarmfraktur, wo nach 40 Tagen nur der Radius fest zusammengeheilt war, frischte T. die Ulnafragmente an und fixierte sie mittels einer Aluminiumschiene. Nach vier Wochen musste letztere wegen Eiterung entfernt werden, der Vorderarm war aber leistungsfähig.
Ewald-Hamburg.

84) **M. Strauss.** Aerztlicher Verein in Nürnberg 15. 7. 09.
Münch. med. Woch. 1909, 39.

Demonstration von eingekeilten Vorderarmbrüchen, bei denen die Einkeilung nicht behoben wurde, sondern nur eine dorsale Gipsschiene angelegt wurde. Frühzeitiger Beginn mit Massage und Heissluft. Nach 6—8 Tagen Wiederaufnahme der Arbeit. Diese funktionelle Behandlung wird auch bei Distorsionen des Hand- und Fussgelenks empfohlen. Durch geeignete Heftpflasterverbände lassen sich fehlerhafte Stellungen vermeiden.
Ewald-Hamburg.

85) **Krall.** Naturhistorisch-mediz. Verein in Heidelberg. 25. V. 09.
Münch. med. Woch. 1909, 37.

Bei einem an multipler Tuberkulose leidenden Patienten entwickelte sich im Laufe von 10 Jahren infolge chronisch-lymphangitischer Prozesse, Narbendruck und dauernder Hängelage des Arms bei stumpfwinkliger Ellenbogenankylose eine Elephantiasis des Vorderarms und der Hand. Umfang des Vorderarms 64 cm. Therapie: Hochlagerung, Kompressionsverbände, Excochliation der die lymphangitischen Prozesse unterhaltenden lupösen Hautpartien.

Jordan hat einen ähnlichen Fall am Unterschenkel nach den genannten Prinzipien behandelt und erheblich gebessert. **Ewald**-Hamburg.



86) **Kirschner.** Medizin. Verein in Greifswald. 21. XI. 08.
Deutsche med. Woch. 1909. Nr. 15.

Vorstellung einer Mutter mit ihren beiden Kindern, bei denen zahlreiche Syndaktylien bestanden, bei der Mutter nur zwischen den Zehen, bei den Kindern auch an den Fingern. Es handelt sich um eine — hier erbliche und anscheinend fortschreitende — Hemmungsmissbildung, „die auf Ausbleiben der ektodermalen, die mesodermale Handplatte trennenden Einstülpung im zweiten Embryonalmonat beruht. — Der Erfolg der operativen Behandlung (Nélaton) war kosmetisch und funktionell ideal. **Ewald**-Hamburg.

87) **Dreifuss.** Aerztl. Verein in Hamburg. 12. X. 09.

Demonstration eines jungen Mannes mit angeborenem Riesenwuchs des rechten Zeigefingers. Wie das Röntgenbild zeigt, sind auch die Phalangen hypertrophisch. Wegen Arbeitsbehinderung wird das Nagelglied des Zeigefingers exartikuliert und der Umfang des Fingers durch eine in der Längsrichtung verlaufende Keilexcision der Weichteile verringert.
Ewald-Hamburg.

88) **Gundert.** Aerztlicher Verein in Stuttgart. 2. XI. 08.
Deutsche med. Woch. 1909, 12.

Isolierte Durchtrennung eines Teils des ramus profundus nervi ulnaris.

Der Pat. stach sich mit dem Taschenmesser in den linken Kleinfingerballen und bemerkte sofort, dass er den dritten, vierten und fünften Finger nicht mehr recht bewegen konnte: Beugung der Grundphalanx unter gleichzeitiger Streckung der Mittel- und Endphalanx unmöglich. Spreizung der Finger unvollkommen. Sensibilität intakt. (Lähmung der interossei und lumbricales.) Versuch einer Nervennaht. Erfolg 3 Monate nach der Operation: fünfter Finger kann nahezu ganz gestreckt werden, Beweglichkeit des 3. und 4. Fingers noch nicht gebessert. **Ewald**-Hamburg.

89) **Bucciante** (Ancona). Un caso di crampo degli scrivani guarito con la cura alla Bier.

Società medico-chirurgica Anconitana. Seduta del 12 maggio 1909.

Ein Feldwebel der Bersaglieri litt an allen sonstigen Behandlungen trotzendem Schreibkrampf und trat deshalb im Januar des verflossenen Jahres in das Militärspital ein. Hier wurde der Pat. der Behandlung der Bierschen Stauungshyperämie unterzogen, indem ihm auf je 1/2 Stunde morgens und abends eine elastische Binde um die Mitte des Oberarmes gelegt wurde. Nach 20 Tagen war vollkommene Heilung erzielt. Es wäre dies der zweite Fall der Literatur, der erste gehört Hartenberg, der ähnlich ist und in dem ebenfalls Heilung erzielt wurde. **Buccheri**-Palermo.

90) **Gayet.** Société de chir. de Lyon 24. 6. 9.
Revue de chir. 1909. 8.

Ein 32 jähriges Fräulein, das schon vor 6 Jahren an einer Salpingitis behandelt wurde, wies die Zeichen einer kompletten Lähmung der Beine auf. Völlige Unbeweglichkeit, Anaesthesie, Atrophie. Als Ursache erkannte G.



eine Retroversio uteri, nach deren Reduktion die Nervenleitung wieder hergestellt wurde, so dass Pat. nach 1 Monat wieder laufen konnte. Keine Hysterie.
Ewald-Hamburg.

91) **Fr. de Beule** (Ghent). Hüftgelenksresektion mit Fixation des oberen Femurendes am Becken.

Zentralbl. f. Chir. 1909, 31.

Bei schwerer Coxitis reseziert de B. ausgibig Kopf, Hals und Pfanne. Um die Schlotterhüfte und die starke Verkürzung des Beins (10—30 cm!) zu vermeiden, frischt er die Tuberositas os. ischii an und fixiert das obere Femurende mittels einer langen silbernen Schraube am Sitzbein. An den Schraubenkopf wird ein langer Draht befestigt, mit dem später die Schraube entfernt werden kann. Drainage, Gipsverband um Becken, gesundes und krankes Bein. Das Operationsgebiet bleibt zum Verbinden frei. — Die Patienten gehen — „bei fester Vereinigung der Knochen“ — sehr gut, fast ohne zu hinken.
Ewald-Hamburg.

92) **R. H. Harfe.** Chir. Akademie in Philadelphia. 1. III. 1909.

Revue de chir. 1909, 8.

H. stellt 3 Fälle vor, bei denen er wegen Hüftankylose eine Osteotomie des Femur vorgenommen hatte. Die Ursache der Hüftversteifung in Adduktion und starker Flexion war einmal tuberkulöse Coxitis, zweimal Arthritis nach Typhus. Durch die Osteotomie mit nachfolgender Extension in leichter Abduktion wurde in allen 3 Fällen ein gutes funktionelles Resultat erzielt.
Ewald-Hamburg.

93) **Deutschländer.** Aerztlicher Verein, Hamburg 26, 10. 09

Hamburger Aerztekorrespondenz 09. 44.

Technik der blutigen Reposition bei angeborener Hüftverrenkung.

In Abweichung von der Ludloffschen Methode, die er früher geübt hat, macht D. jetzt einen genito-cruralen Querschnitt, der das Operationsgebiet breit zum Klaffen bringt und auf dem kürzesten Wege dicht am Beckenskelett zur Pfanne führt. Das lig. Bertini wird quer durchschnitten, so dass dann die Pfanne freiliegt, und alle Repositionshindernisse entfernt werden können. Gipsverband nach Einstellung des Oberschenkels in Abduktion von 45°, weil „nur so eine genügende Schrumpfung und Verkürzung des Lig. Bertini eintritt“. Eine drei- bis vierwöchige Fixation genügt, dann beginnt die Nachbehandlung, die 6—8 Wochen dauert. Demonstration eines Falles von doppelseitiger Luxation, wo die eine Seite nach Reluxation des unblutig reponierten Kopfes blutig reponiert wurde. Resultat besser als auf der anderen, unblutig behandelten Seite, wo beträchtliches Hinken, trotz exakter Kopfeinstellung (Röntgenbild). Die Beweglichkeit in der vor ca. 1 Jahr blutig reponierten Hüfte ist vollkommen.
Ewald-Hamburg.

94) **Machol.** Niederrheinische Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Bonn 25. I. 09.

Deutsche med. Woch. 1909, 29.

Der demonstrierte 14j. Pat. hat, wie das Röntgenbild zweifellos feststellt, eine doppelseitige Coxa valga adolescentium. Vor 3/4 Jahren hat er



Schmerzen im rechten Oberschenkel und in der Hüfte gehabt, zur gleichen Zeit Hinken im rechten Bein. Der Befund ergab hochgradige Atrophie, Auswärtsrotation des rechten Beins, Knirschen in der Hüfte; Verlängerung des rechten Beins, Tieferstehen des Trochanter. Im Röntgenbild ist beiderseits eine Coxa valga und Anteversion des oberen Femurendes zu konstatieren. Die erkrankte rechte Seite weist darauf hin, dass es sich bei der Coxa valga nicht um einen anatomischen Zustand (Albert), sondern um ein Krankheitsbild handelt. Wie bei der Coxa vara liegt eine Erkrankung vor, die man am besten „Insufficientia coxae" bezeichnet, und die als Vorstufe der Arthritis deformans anzusehen ist. **Ewald**-Hamburg.

95) **Nicoletti, V.** (Rom). Duplice artrodesi per paralisi totale di tutto l'apparato locomotore dell'arto inferiore sinistro.

Accademia medica di Roma. Seduta 30 maggio 1909.

Redner stellt einen Patienten vor, bei dem er sich zur Vornahme der zweifachen Arthrodese entschlossen hat und zwar am Coxofemoral- und am Tibio-Astragalusgelenk auf der linken Seite. Der Grund zur Operation wurde geboten durch die schweren Gehstörungen infolge der fehlerhaften Stellung, die die linke Unterextremität nach einer vollständigen Paralyse durch Kinderlähmung (die wie gewöhnlich im zweiten Lebensjahr aufgetreten war) angenommen hatte.

Aus der am Tage vor dem ersten Eingriff ausgeführten Photographie und Radiographie ersieht man die schwere Deviation des Oberschenkels gegen das Becken in Aussenrotation und forzierter Abduktion und die obturatorische Subluxation des linken Coxofemoralgelenkes, die Flexion des Unterschenkel gegen den Oberschenkel in paralytischer Haltung und den Equinismus des entsprechenden Fusses.

Anstatt zur einfachen Tenotomie sämtlicher Abduktoren des Oberschenkels und zur darauffolgenden Anlegung eines grossen Protheseapparates zum Ersatz der Impotenz der Strecker und Beuger des Oberschenkels zu greifen, schritt Redner zunächst zu der Tenotomie der Fascia lata und des Rectus ant., sowie zur teilweisen Abtrennung der Glutaei vom grossen Trochanter und gleich darauf zur Inzision der Gelenkkapsel, zur Luxation des Femurkopfes, Dekortikation desselben, Schaffung einer neuen Knochenhöhle gegen die obere vordere Partie der fast verschwundenen Gelenkhöhle, und Einpassung des Femurkopfes in die neue Höhle. Die grosse Inzision wurde ausgiebig drainiert und die Extremität geeignet in einem gefensterten Gipsverband fixiert. Die Knochenfixierung erfolgte ohne Zwischenfälle und war vollständig.

Nach 3 Monaten half er der Deformität des Fusses gegen den Unterschenkel durch Tenotomie der Achillesssehne und die Arthrodese des Tibio-Fibulo- Astragalusgelenkes ab.

Gegenwärtig zeigt Pat., der erst seit ganz wenigen Tagen mit Gehübungen begonnen hat, die drei Segmente der linken Unterextremität ganz symmetrisch (als Stellung) mit denen der rechten und ist imstande, mit dem linken Bein aufzutreten, ohne die geringste Beschwerde zu empfinden. Die unvermeidliche Ungleichheit in der Länge der beiden Unterextremitäten wird durch Verwendung eines geeigneten orthopädischen Stiefels mit entsprechend dicker Sohle und der eventuelle Mangel an Stabilität des Kniegelenkes durch eine Kniebinde besonderer Konstruktion korrigiert werden.

Nicoletti hebt die Vorzüge der Anwendung der Arthrodese zum Ersatz der gewöhnlichen Tenomyotomien der retrahierten Muskeln besonders bei dem



Coxofemoralgelenk hervor. In der Tat verzichtet man bei Vornahme der Myotenotomien, wie sie die meisten Autoren bis heute bei totaler Lähmung des lokomotorischen Apparates einer Unterextremität gemacht haben, auf die Vorteile, welche der Statik die Rigidität des Coxofemuralgelenkes bieten kann, und macht den Patient zum Sklaven eines schweren oder wenigstens unbequemen Protheseapparates. Ueberdies wird durch Beweglichlassen des entsprechenden Kniegelenkes das Sitzen möglich und bequem gemacht mittelst der Flexion des Unterschenkels gegen den Oberschenkel, wenn der fixierte Oberschenkelknochen ausserhalb der Stuhlebene liegt. **Buccheri**-Palermo.

96) **Picqué**. Société de chir. de Paris. 28. VII. 09.
Revue de chir. 1909, 9.

Ein Infanterist verspürte nach einem anstrengenden Marsch einen lebhaften Schmerz an der Vorderseite des Oberschenkels. Hier entwickelte sich, dem grössten Teil des Musc. rectus femoris entsprechend, nicht ganz bis zur Spina iliaca inf. und zur Patella reichend, ein Tumor, und zwar, wie die Exstirpation ergab, ein Osteom des musculus rectus femoris, das aus „jungem Knochengewebe“ bestand. P. hält den Prozess für eine Myositis ossificans. **Ewald**-Hamburg.

97) **Enderlen.** Würzburger Aerzteabend. 6. VI. 09.
Münch. med. Woch. 1909, 30.

Bei einem 15 j. Mädchen musste wegen Fibrosarkoms der unteren Femur meta- und -epiphyse, der anliegenden Muskulatur und Gefässe das ganze Gebiet reseziert werden, inkl. Gelenkfläche. Resektion eines 8 cm langen Fibulastücks, Bolzung des Femur und der Tibia nach Entfernung des Knochenmarks. Vereinigung der Art. und Vena poplitea durch circuläre Gefässnaht, Hautnaht, Drainage. Der Unterschenkel war sofort rot und warm Sensibilität und Motilität intakt. **Ewald**-Hamburg.

98) **Slocker**. Mediz.- chir. Akademie in Spanien 22. 3. 09.
Revue de chir. 1909. 7.

Einem 24 jährigen Manne wurde mit einem Messer der nervus ischiadicus durchschnitten; Verlängerung des Nerven um 5 cm. und Naht mit Catgut. Einen Monat nach der Operation keine Besserung der sensiblen und motorischen Störungen. Vortr. glaubt nicht an die berichteten Schnellheilungen nach Nervennaht.

Arredondo hat einen Radialis gleich nach der Verletzung genäht. Nach 7 Monaten noch keine Besserung! **Ewald**-Hamburg.

99) **Chaput**. Société de Chir. de Paris 16. XII. 08.
Revue de Chir. 1909. 1.

Bei einem 18 jährigen Mädchen, bei dem seit 3 Jahren nach Fall von der Treppe ein Genu valgum und Luxation der Patella nach aussen bestand, wurde wegen der Beschwerden eine suprakondyläre Osteotomie gemacht und gleichzeitig die Quadricepssehne von ihrem Patellaransatz getrennt und nach innen transplantiert. Schmerzloses Gehen möglich.

Lucas-Championnière hat bei einer Patellaluxation ohne Genu valgum, wo er den Condyl ext. femoris atrophiert fand, den Condylus int. breit ausgehöhlt und dann in der Mulde die Patella fixiert. Sehr gute Funktion.



Dasselbe gute Resultat hat Kirmisson in zwei Fällen von angeborener Patellarluxation auf demselben Wege erreicht. **Ewald**-Hamburg.

100) **Martel und Montagard.** Société des sciences médicales de St. Etienne. Revne de chir. 1909. 8.

Vortr. haben bei einem 28 jährigen Mädchen, das seit 4 Monaten wegen einer Kniegelenkstuberkulose mit Jodoforminjektionen nach Calot's Methode behandelt war, eine Resektion des Kniegelenks vorgenommen, wobei sie in der Tibiaepiphyse einen grossen Knochensequester fanden. Sie sind trotzdem der Ueberzeugung, dass man gewöhnlich mit den Calotschen Injektionen gute Erfolge hat und sie solange anwenden soll, wie irgend möglich.

Ewald-Hamburg.

101) **Blencke.** Medizin. Gesellschaft zu Magdeburg. 11. III. 09. Münch. med. Woch. 1909. Nr. 30.

Ein 14 j. Knabe hatte, ohne Trauma erlitten zu haben, seit 2 Jahren Schmerzen an der linken Tibia, namentlich beim Kniebeugen: Apophysitis der Tibia. Klinische Verdickung, radiographische Ausbuchtung an der Apophyse und vor dieser ein freier, unregelmässig geformter, etwa linsengrosser Knochenschatten. Der Spalt war unregelmässig und breiter als auf der gesunden Seite. **Ewald**-Hamburg.

102) **Froelich.** Société de médecine de Nancy. Revue de chir. 1909, 9.

F. stellt ein sechsjähriges Mädchen vor, bei dem er wegen angeborener Unterschenkelpseudarthrose — eine Knochenperiostplastik gemacht hat. Das Fragment nahm er aus der gesunden Tibia. Nach 2 Monaten feste Vereinigung. Vorher waren alle mechanischen und operativen Mittel versucht worden. **Ewald**-Hamburg.

103) **Calamida** (Turin). Un caso di sarcoma a mieloplassi dell'estremità inferiore della tibia. (R. Accademia di medicina di Torino.) Seduta del 14. maggio 1909.

Calamida berichtet über einen Fall von konservativer Behandlung eines Myeloplaxensarkoms des unteren Endes der Tibia. Ersatz der resezierten Tibia durch Einpflanzung der Fibula in den Astragalus. Der Kranke genas und kann seit $^1/_2$ Jahr seinen gewöhnlichen Beschäftigungen nachgehen.

Buccheri-Palermo.

104) **Hirschfeld.** Verein f. innere Medizin und Kinderheilkunde. 3. V. 09. Deutsche med. Woch. 1909. Nr. 25.

Ein 25 j. starker Raucher, seit 15 Jahren Diabetiker, bekam im Laufe einiger Jahre Reissen in beiden Beinen, das sich nach längerem Gehen bemerkbar machte: Claudicatio intermittens (Dysbasia angiosklerotica). In der Ruhe schwanden die Schmerzen. Röntgenbilder ergeben Verkalkung der art. tibialis post. und ant. Prognose ist nicht so ungünstig, wie sie immer gemacht wurde: Gangrän im Ganzen sehr selten. Therapie: Diuretin.

Ewald-Hamburg.

105) **Rimann.** Medizinische Gesellschaft zu Leipzig. 9. III. 09. Münch. med. Woch. 1909. Nr. 29.

Durch Transmissionswelle wurde dem 39 j. Brauer ein Fuss „abgerissen", so dass die beiden Malleolen brachen, und der Fuss nur an den



hinteren Weichteilen hing. Da Art. tibial. ant. und post. erhalten, wird der Fuss reponiert und die Haut weitläufig genäht und drainiert. Gefensterter Gipsverband, 2 mal Inzision kleiner vereiterter Haematome. Heilung mit leidlich guter Beweglichkeit und guter Stellung. Am wichtigsten ist in solchen Fällen der Abfluss der Wundsekrete, daher Drainage (nicht Tamponade).

Ewald-Hamburg.

106) **Gangolphe.** Société de chir. de Lyon 24. 6. 09.

Revue de chir. 1909. 8.

Vorstellung eines Patienten, bei dem G. vor 13 Jahren die totale Tarsectomia post. gemacht hat. Wie die Röntgenbilder zeigen, hat sich kein Knochen neugebildet. Die Fibula berührt mit ihrem unteren Ende den Boden und trägt das ganze Körpergewicht. Der etwas umgebogene Malleolus bildet eine recht gute Ferse. Pat. geht gut in gewöhnlichem Stiefel.

Ewald-Hamburg.

107) **Vallas.** Société de chir. de Lyon. 27. V. (9.

Revue de chir. 1909, 7.

Demonstration eines jungen Mannes, bei dem V. vor 4 Jahren eine totale vordere Tarsektomie vorgenommen hatte. Der Fuss ist natürlich verkürzt, ist aber ohne jeden Apparat als Gehwerkzeug gut zu gebrauchen.

Ewald-Hamburg.

108) **Ménard.** Société de chir. de Lyon. 10. XII. 08.

Revue de chir. 1909, 1.

Ein 23j. Mann hatte sich beim Fussballspielen den Fuss verletzt und konnte seitdem nicht mehr ordentlich laufen. Das Röntgenbild ergab eine Volumsvermehrung der vorderen Fusswurzelknochen und Osteophytenbildungen: Arthropathia tabica. Später traten auch andere Tabessymptome auf.

Ewald-Hamburg.

109) **Destot.** Société de chir. 19. XI. 08.

Revue de Chir. 1909. 1.

Bei der Metatarsalgie kann man mehrere Formen unterscheiden: 1. durch Eigentümlichkeit des Fusses bedingte, 2. durch schlechtes Fusszeug hervorgerufene, 3. durch Muskel- und Bänderschwäche zustande gekommene. In allen Fällen helfen Metalleinlagen. **Ewald**-Hamburg.



komplizierte Frakturen. — 16) **Peyerl,** Heissluftbehandlung. — 17) **Jones,** Villöse Arthritis. — 18) **Wreden,** Chirurgische Tuberkulose. — 19) **Curdy,** Plastische Operationen. — 20) **Gorzawsky,** Aethernarkose per Rectum. — 21) **Sever,** Aceton im Urin. — 22) **Bade,** Orthopädischer Operationstisch. — 23) **Stretton,** Sterilisation der Haut. — 24) **Wentscher,** Asthma bronchiale und Emphysem. — 25) **v. Saar,** Radiographischer Nachweis. — 26) **Keith,** Angeborene Missbildungen. 27) **Hellpom,** Doppelseitige Halsrippe. 28) **Fränkel,** Mobilisierung des Brustkorbes. — 29) **Nathan,** Lateral Curvatur. — 30) **Lovett,** Behandlung der Skoliose. — 31) **Feiss,** Skoliosen. — 32) **Elmer,** Schwere Skoliosen. — 33) **v. Berenberg-Gossler,** Wirbelcarcinom. — 34) **Mayer,** Chondrosarkom. — 35) **Beck,** Traumatische Hämatomyelie. — 36) **Göbel,** Schultergelenkluxation. -- 37) **Codman,** Bursitis subacromialis. — 38) **Osterhaus,** Obstetricale paralysis. — 39) **Einsler,** Radialislähmungen. — 40) **Bracher,** Radiusköpfchenfrakturen. — 41) **Lucas-Championnière,** Radiusfraktur. — 42) **Hellpom,** Frakturen. — 43) **V. Putti,** Madelungsche Missbildung. — 44) **Gandier,** Rachitische Deformation. — 45) **Herwig,** Beiderseitige Spalthand. — 46) **Kirmisson,** Daumen mit drei Phalangen. — 47) **Palla,** Traumatische Sehnenverdickung. — 48) **Stern,** Abreissung der Sehne. — 49) **Le Fort,** Congénitale Atrophie. — 50) **Eisenreich,** Elephantiasis. — 51) **Forbes,** Femurhalsfraktur. — 52) **Davis,** Intracapsulare Fraktur. — 53) **Preiser,** Coxa valga congenita. — 54) **Josserand-Pervin,** Destruktionsluxation des Hüftgelenks. — 55) **Bec,** Ankylosenbehandlung. — 56) **Am Esch,** Lipoma arborescens. 57) **Little,** Knieankylosis. — 58) **Werndorff,** Korrektur der Kniegelenkankylose. — 59) **Rugh,** Kniegelenksresektion. — 60) **Lockwood,** Arthrotomie des Kniegelenks. —

Aus Kongress- und Vereinsberichten: 61) **81. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Salzburg 19.—25. IX. 09.** — 62) **Neuber-Anschütz,** II. Tagung der Vereinigung nordwestd. Chir. zu Kiel 3. VII. 09. und 9. VII. 09. — 63) **Strohe,** Demonstration einer Missbildung. — 64) **Anschütz,** Ostitis fibrosa. — 65) **Konjetzny,** Anatomie und Pathogenese der Ostitis fibrosa. -- 66) **Ritter,** Multiple Knochenfrakturen. — 67) **Willems,** Operative Frakturbehandlung. — 68) **Maciewen,** Tuberkulöse Gelenke. — 69) **Thiéry,** Tumor albus. — 70) **Strauss,** Knochen- und Gelenk- sowie Weichteiltuberkulose. — 71) **Hepner,** Skoliose. — 72) **Enderlen,** Serratuslähmung. — 73) **Garavini,** Fehlen der musculi pectorales. — 74) **Stursberg,** Rudimentäre Schlüsselbeinentwicklung. — 75) **Delbet** und **Moquot,** Luxatio acromio-clavicularis. — 76) **Picqué,** Schlüsselbeinbruch. — 77) **Krüger,** Dermoid. — 78) **Läwen,** Knochenperiosttransplantation. — 79) **Mathews,** Fraktur des condylus ext. humeri. — 80) **Bossi,** Blutige Reposition des Humeruskopfes. — 81) **Silhol,** Ellenbogenverletzungen beim Kinde. — 82) **Froelich,** Volkmannsche ischämische Lähmung. — 83) **Tixier,** Vorderarmfraktur. — 84) **Strauss,** Eingekeilte Vorderarmbrüche. — 85) **Krall,** Elephantiasis des Vorderarms. — 86) **Kirschner,** Syndaktylien. — 87) **Dreifuss,** Angeborener Riesenwuchs. — 88) **Gundert,** Durchtrennung eines Teils des ramus profundus nervi ulnaris. — 89) **Bucciante.** Schreibkrampf. — 90) **Gayet,** Retroversio uteri. — 91) **Beule,** Hüftgelenksresektion. — 92) **Harfe,** Osteotomie des Femur. — 93) **Deutschländer,** Angeborene Hüftverrenkung. — 94) **Machol,** Doppelseitige Coxa valga adolescentium. — 95) **Nicoletti,** Zweifache Arthrodese. — 96) **Picqué,** Osteom des musculus rectus femoris. — 97) **Enderlen,** Fibrosarkom. — 98) **Slocker,** Durchschneidung des nervus ischiadicus. — 99) **Chaput,** Genu valgum. — **Lucas-Championnière,** Patellaluxation ohne genu valgum. — 100) **Martel und Montagard,** Resektion des Kniegelenks. — 101) **Blencke,** Apophysitis der Tibia. — 102) **Froelich,** Angeborene Unterschenkelpseudarthrose. — 103) **Calamida,** Myeloplaxensarkom. — 104) **Hirschfeld,** Claudicatio intermittens. — 105) **Rimann,** „Abgerissener Fuss". — 106) **Gangolphe,** Totale Tarsectomia post. — 107) **Vallas,** Totale vordere Tarsektomie. — 108) **Ménard,** Arthropathia tabica. — 109) **Destot,** Metatarsalgie. — **Tagesnachrichten und Personalien.**

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. Dr. **O. Vulpius** in Heidelberg, Luisenstr. 1—3, oder an die Verlagsbuchhandlung **S. Karger** in Berlin NW 7, Karlstr. 15, einsenden.



Zentralblatt
für
Chirurgische und mechanische Orthopädie
einschliesslich der gesamten Heilgymnastik und Massage.

Redigiert von
Prof. Dr. O. Vulpius
in Heidelberg.

Verlag von
S. Karger in Berlin
NW., Karlstrasse 15.

Monatlich erscheint ein Heft im Umfang von 48 Seiten. Preis des Jahrgangs Mk. 15,—. Zu beziehen durch die Post und durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes.

Bd. IV. Februar 1910. Heft 2.

1) **Chrysopathes** (Athen). Beitrag zu den intrauterin entstehenden Frakturen resp. Knochenverbiegungen.

Zeitschr. für orthop. Chirurgie 22. Bd. 1.—3. H. S. 150.

Unter 4 Geschwistern waren bei dreien Verbiegungen der Extremitäten bei der Geburt festgestellt worden. Bei dem einen Kinde, welches Ch. untersuchen konnte, waren beide Arme und Beine bogenförmig gekrümmt, Unterschenkel und Unterarme scharfwinklig geknickt. Ueber den Knickungsstellen befanden sich Einziehungen der Haut, ausserdem bestanden Beugekontrakturen mehrerer Gelenke spec. der Kniee und der Ellenbogen. Verfasser glaubt, dass es sich um eine intrauterin abgelaufene Knochenaffektion handle nach Art der Osteogenesis imperfecta resp. der Osteopsathyrosis, die ihren Grund in einer Erschöpfung des mütterlichen Organismus haben dürfte. Ein Nachgeben resp. Frakturieren des Knochens wird unter diesen Umständen an den am meisten dem Druck ausgesetzten Punkten, Unterschenkel und Unterarm erfolgen. Jedenfalls sind die Veränderungen auf eine sehr frühe Zeit des Embryonallebens zurückzuführen. Die Hautveränderungen glaubt Ch. am ersten aus der Reizung der Cutis durch die Bruchenden erklären zu können, oder auch dadurch, dass dieser Reiz eine Verklebung der Haut mit dem Ammnion hervorgerufen habe und dass die Einziehungen der Haut die Ueberbleibsel amniotischer Fäden darstellen.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

2) **H. Eckstein** (Berlin). Ein eigenartiger Fall von Achondroplasie (Chondrodystrophia foetalis.)

Berl. klin. Woch. 1909. Nr. 23.

Das 9jährige Mädchen hatte 9 gesunde Geschwister, dagegen



starb ein Bruder mit 17, einer mit 27 Jahren, die, wie sie selber, seit der Geburt mit derselben Krankheit behaftet waren. Körper entspricht etwa der Grösse einer Zweijährigen, Rücken stark kyphotisch zusammengefallen, Zähne spitz, Zunge vergrössert und gefurcht, Pectus carinatum. Extremitäten auffallend kurz, Handgelenke sehr schlaff, 1—2 cm zu distrahieren, starke Genua valga. Intelligenz normal. — Da Rachitis, Osteopsathyrosis, Osteogenesis imperfecta, Myxoedem und Lues auszuschliessen, hält Verf. das Leiden für eine Achondroplasie. Therapie: Korsett, Beelysche Schiene für die Beine, Schienenhülsenapparat für die Vorderarme.

Ewald-Hamburg.

3) **v. Aberle** (Wien). Ueber einen eigentümlichen Knochen- und Gelenkprozess.

Zeitschr. f. orthop. Chirurgie. Bd. XXII, Heft 1—3, S. 134.

Bei einem 40jährigen Manne hatte sich im 24. Lebensjahr eine Affektion des r. Ellenbogengelenks, die ca. 1 Jahr dauerte und nach einer Pause von 15 Jahren eine gleichartige Erkrankung des r. Handgelenks eingestellt. Klinisch äusserte sich der Prozess in Schwellung der Gelenke, Schmerzhaftigkeit und Bewegungsstörung. Die Röntgenuntersuchung ergab eine Destruktion des unteren Ulnaendes und eines Teiles der unteren Radiusepiphyse. Die Ulna war am unteren Ende überhaupt verschwunden. Auch das obere Ende der Ulna war zerstört, sodass der untere Humerusabschnitt wie in die Ulna hineingetrieben erschien, während der relativ zu lange Radius nach oben zu luxiert war. An der Ulna bestanden auch Osteophytenbildungen. Unter Hinanziehung eines von Garrè-Bonn in der Nouvelle Jconographie de la Salpêtrière veröffentlichten Falles, bei dem in ähnlicher Weise der Carpus und auch die benachbarten Gelenkteile verschwunden waren, glaubt Verf. annehmen zu müssen, dass es sich um eine trophoneurotische Störung ohne nachweisbares Rückenmarksleiden handele. Lues will v. A. aber nicht ganz ausschliessen.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

4) **Legros** (Paris). Contribution radiographique à l'étude de quelques maladies deformantes des os. (Radiographischer Beitrag zum Studium einiger Erkrankungen, die zu Deformierungen der Knochen führen.

Annales de chirurgie et de l'orthopédie Bd. 22. Nr. 1. S. 11.

L. hat seine Untersuchungen an Knochenpräparaten vorgenommen. Die Pagetsche Krankheit zeigt grosse Unregelmässigkeiten in der



Anordnung der Knochenbälkchen und auffallende Ungleichheit in der Dicke der Kortikalis an verschiedenen Stellen, während die hereditäre Syphilis eine mehr gleichmässige Verdickung der Kortikalis an einer Seite des Knochens und regelmässige Anordnung der Trabekeln aufweist. Bei der Osteomalazie sieht man eine erhebliche Aufhellung der Epiphysen, wobei auch der zentrale Teil der Diaphyse keine deutlichen Bälkchen aufweist und abgesehen von einigen sklerosierten Partien, die wiederum Hohlräume in sich schliessen, stark aufgehellt ist. Rachitis zeigt abgesehen von Vertiefungen eine Verdickung der Kortikalis und im Zentrum eine rarefizierende Ostitis. Die Epiphysen verhalten sich wie beim normalen Knochen. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

5) **Denis G. Zesas.** Zu den Osteoarthropathien bei Lungentuberkulose.

Mediz. Klin. 1909. 39.

Ein an Lungentuberkulose und Pleuritis leidender Mann, dessen Leiden sich absatzweise besserte und wieder verschlimmerte, bekam mit jedem neuen Schub eine schmerzhafte Anschwellung eines Kniegelenks, die nach dem Anfall wieder teilweise zurückging. Später trat noch eine Anschwellung eines Radius hinzu. Z. meint, dass während der Verschlimmerung des Lungenprozesses eine grössere Menge von Tuberkelbazillen oder deren Toxin im Körper kreisen, die die Gewebe an einigen Stellen schädigen können, ohne doch tiefergreifende Veränderungen hervorzurufen.

Ewald-Hamburg.

6) **Estor** (Montpellier). De la nature du rachitisme tardif.

(Ueber das Wesen der Spätrachitis.)

Annales de chirurgie et d'orthopédie Bd. 22, Nr. 4, S. 111.

E. bespricht die verschiedenen Theorien über das Wesen der sogenannten Spätrachitis. Dass es sich um eine wirkliche Rachitis handele, erscheint ihm unglaubhaft, da die Erscheinungen der kindlichen Rachitis auf Allgemeinbehandlung zurückgehen, die des Jugendalters dagegen nicht. Eine Entstehung von Extremitätenverbiegung durch Infektion mit Staphylokokken oder Tuberkelbazillen ist für einzelne Fälle nachgewiesen. Dass es sich um eine Form der Osteomalazie handeln könne, ist nach des Verf. Ansicht längst widerlegt. E. selbst steht auf dem Standpunkt, dass derartige Leiden (Genu valgum und varum, Skoliose, Plattfuss und Madelungsche Deformität) kongenitaler Natur seien. Als Beweis führt er an, dass eine gewisse Anzahl derartiger Erkrankungen spez. die



Madelungsche Deformität bereits in frühester Jugend bestehen, dass ferner die Erblichkeit bei Skoliose und Madelungscher Deformität eine grosse Rolle spiele. Ausserdem seien manche Leiden (wie Genu valgum und Madelung) nur eine Uebertreibung des normalen Zustandes. Auch das beiderseitige symetrische Auftreten dieser Deformitäten spreche für die kongenitale Entstehung.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

7) **G. Axhausen** (Berlin). Das Wesen des osteomalazischen Knochenprozesses.

Mediz. Klin. 1909. Nr. 25.

Meist hat jetzt die Anschauung v. Recklinghausens Gültigkeit bei Pathologen und Chirurgen, dass das Wesentliche des osteomalazischen Knochenprozesses in einer Halisterese (Entkalkung fertiger Knochen) besteht. v. Recklinghausen gründete diese Auffassung auf histologische Beobachtungen (Auftreten von Gitterfiguren an der Grenze von kalkhaltigem und entkalktem Gewebe). Wie A. nachweisen konnte, ist das Auftreten von Gitterfiguren dem kalklosen Gewebe überhaupt eigen, weshalb es keine Besonderheit darstellt, weshalb also die Folgerungen Recklinghausens fallengelassen werden müssen. Demnach besteht die Auffassung vorläufig zu recht, dass der osteomalazische und rachitische Prozess identisch ist, dass es sich also um eine Nichtverkalkung resp. verzögerte Verkalkung des neugebildeten Knochens handelt. Von den Haversschen Kanälen aus erfolgt die Resorption in regelrechtem Abbau, dagegen ist die Apposition insofern gestört, als sie spät, unvollkommen und an unrechter Stelle erfolgt und das neuangesetzte Knochengewebe nicht verkalkt. Jedenfalls sind viele Belastungsdeformitäten auf diese Störungen zurückzuführen. Im letzten Grunde handelt es sich um krankhafte Veränderungen der inneren Sekretion der Geschlechtsdrüsen, der Schilddrüse und der Hypophyse.

Ewald-Hamburg.

8) **Lannois.** Contribution à l'étude des dystrophies du cartilage de conjugaison. La maladie exostosique.

Beitrag zur Frage der Dystrophien des Epiphysenknorpels. Erkrankung mit Exostosenbildung.

Annales de chirurgie et d'orthopédie. Bd. 22. Nr. 3. S. 79.

Diese seltene Erkrankung spielt sich an der Grenze der Epiphyse und Diaphyse ab. Die Exostosen treten in den meisten Fällen massenhaft auf und zwar an den Extremitäten und am Rumpf, die Kopfknochen bleiben frei. Die Exostosen, die bereits in frühester



Jugend auftreten, zeigen mikroskopisch den Bau normaler Knochensubstanz. Familiäres Auftreten ist vielfach beobachtet. Möglicherweise ist das Virus der Tuberkulose die Ursache für die Enstehung der Exostosen, die nicht nur beim Menschen, sondern auch bei Tieren festgestellt werden konnten.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

9) **Riedinger** (Würzburg). Ueber Veränderungen an Kaninchenextremitäten nach Durchschneidung des Intermediärknorpels.

Zeitschr. f. orthop. Chirurgie. Bd. XXII, Heft 1—3, S. 117.

R. hat an 6—8 Wochen alten Kaninchen die Epiphyse am unteren Ende der Ulna mit einem Meissel durchtrennt, um die Reparationsvorgänge spez. die Frage der Störung des Längenwachstums der Knochen genauer zu untersuchen. Er fand in allen Fällen eine Störung des Längenwachstums und zwar schon vom 22. Tage ab. Ausser der Verkürzung der Ulna entwickelte sich eine Curvatur des Radius, da dieser im Gegensatz zur Ulna weiterwuchs. Sowohl makroskopisch wie mikroskopisch erinnerten die Störungen in der Epiphysenlinie sowie die Heilungsvorgänge an die Vorgänge bei Rachitis. Eine Schlussfolgerung auf die Verhältnisse beim Menschen will R. nicht ohne weiteres ziehen, weil die lange Dauer des Knochenwachstums für den Ausgleich der Epiphysenschädigung viel vorteilhafter ist wie die kurze Wachstumsperiode beim Kaninchen.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

10) **Cramer** (Köln). Ueber Heilung der Wunden des Gelenkknorpels.

Zeitschr. f. orthop. Chirurgie. Bd. XXII, Heft 1—3, S. 172.

C. bespricht die verschiedenen sich recht widersprechenden Untersuchungsergebnisse über Heilung von Knorpelwunden sowohl beim Faserknorpel als auch beim hyalinen Knorpel der Gelenke. Seine eigenen Versuche beziehen sich auf den Kniegelenksknorpel bei Kaninchen. Die Untersuchungen fanden 3 bis 98 Tage nach der Verletzung statt. Bei aseptischem Verlauf liess sich auch nach 2—3 Monaten keine Heilung der Knorpelwunde und keine Regeneration des Knorpels feststellen. Wurde der Knochen mitverletzt, so wucherte aus den Knochen gefässhaltiges Bindegewebe in die Knorpelverletzung hinein und überdeckte den Defekt. Eine Umwandlung in Knorpelgewebe fand auch hierbei nicht statt.

Ottendorff-Hamburg-Altona.



11) Axhausen. Ueber den Vorgang partieller Sequestrierung transplantierten Knochengewebes, nebst neuen histologischen Untersuchungen über Knochentransplantation am Menschen.

Arch. f. klin. Chirurgie. Bd. 89, Heft 2.

Bei einem Fall von plastischem Ersatz des oberen Humerusendes durch einen frisch entnommenen periostgedeckten Mittelfussknochen desselben Individuums trat infolge einer milden Infektion eine partielle Sequestrierung des implantierten Knochens ein, während der übrige Knochen zur festen Einheilung kam. 82 Tage nach der Transplantation war Verf. in der Lage, den eingeheilten Knochen histologisch zu untersuchen. Es fand sich, dass das transplantierte Knochenstück in ganzer Ausdehnung abgestorben war, während das Periost zum grössten Teil am Leben geblieben ist und zu reichlicher Knochenbildung geführt hat, ebenso sind vom Markgewebe Partien in den Bezirken erhalten geblieben, wo eine schnelle Vereinigung mit der Umgebung möglich war; hier findet sich reichliche myelogene Kallusbildung. Vom erhaltenen Periost und Markgewebe aus tritt ein Ersatz des abgestorbenen Knochens durch neugebildeten, lebenden Knochen auf dem Wege der aufeinander folgenden lacunären Resorption und Apposition auf. An der Uebergangsstelle vom überpflanzten Knochen zum Humerus ist reichliche Kallusbildung auch vom überpflanzten Knochen ausgegangen. — Interessant ist besonders die Tatsache an diesem Fall, dass im Verlaufe einer milden Infektion es nicht zu einer totalen Sequestrierung des völlig nekrotischen Knochen kam, sondern nur zu einer partiellen. A. meint, dass auch in sonstigen Fällen die Sequestrierung nicht an der Grenze zwischen totem und lebendem Anteil des Knochens erfolgt, sondern innerhalb des nekrotischen Anteils in der Weise, dass der übrige Teil des nekrotischen Knochens von lebendem durchwachsen wird und so dem Organismus erhalten bleibt. Deshalb ist bei der freien Osteoplastik die Transplantation des artgleichen, periostgedeckten Knochens am meisten zu empfehlen, spez. in Fällen, wo eine ideale Wundasepsis gefährdet ist.

Meyer-Heidelberg.

12) Devraigne. L'ostéomyélite aigne chez le nouveau-né. (Akute Osteomyelitis beim Neugeborenen.)

Annales de chirurgie et d'orthopédie Bd. 22, Nr. 1, S. 14.

Das Vorkommen akuter Osteomyelitis bei Neugeborenen ist nicht so sehr selten. Die Infektion kann bereits intrauterin oder



während und im Anschluss an die Geburt erfolgen. Im Gegensatz zu der Erkrankung der Adoleszenten sind häufig die platten Knochen befallen. Auch Multiplizität der Heerde wird oft beobachtet, in dem D.schen Falle waren allein 8 vorhanden. Das Hüftgelenk zeigt eine besondere Praedilektion für die Erkrankung. Streptokokken und Pneumokokken sind am häufigsten, nicht selten Mischinfektionen der verschiedenen Eiterbakterien. Der Verlauf ist im allgemeinen ein akuter, chronische Formen kommen kaum vor. Auffallend ist die grosse Neigung zur Einschmelzung der Gewebe, sodass es nicht zur Sequesterbildung kommt. Die Prognose ist nach dem Alter des Kindes und der Ausdehnung des Prozesses verschieden. Als Komplikation wird Bronchopneumonie sehr oft beobachtet. Die Vernarbung erfolgt relativ rasch, und eine Versteifung der befallenen Gelenke tritt niemals ein.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

13) **H. Landwehr.** Purpura haemorrhagica fulminans mit Nekrosenbildung. Ausgang in Heilung.

Münch. med. Woch. 1909. Nr. 30.

Einige Tage nach der Operation einer Coxa vara (subtrochantere Osteotomie) traten unter leichter Temperatursteigerung und Schmerzen punktförmige Blutungen an Fussrücken und Streckseite der Vorderarme und Hände auf, die sich zu Extravasaten unter derber schmerzhafter Infiltration der darunterliegenden Haut vereinigen. Schliesslich kommt es zu Blasenbildungen, die auch auf die Hohlhand übergreifen. Im Inhalt der Blasen finden sich reichlich Streptokokken. In der Folge stellten sich auch Blutungen im Gesicht, Unter- und Oberschenkel ein, ferner unter Somnolenz und Herzschwäche Oedem der linken Stirnhälfte und des Schädeldaches. Der Gipsverband wurde entfernt, aus der Osteotomiewunde entleerte sich wenig blutig-serös-eitrige Flüssigkeit. — Aspirin, Digalen, Kollargolinjektionen. Nach cr. 4 Wochen war eine Gangrän der Daumenspitze eingetreten, so dass das Nagelglied exartikuliert werden musste, die nekrotisch gewordene Haut auf den beiden Handrücken hatte sich abgestossen, so dass rechts sogar die Strecksehnen freilagen. Transplantation nach Thiersch misslang, sehr langsame Ueberhäutung. Die Finger rechts daher bei der Entlassung in Streckkontraktur im Grundgelenk. — Bezüglich Diagnose und Therapie herrschte bei Chirurgen und Dermatologen eine ziemliche Ratlosigkeit.

Ewald-Hamburg.



14) **R. v. Jaksch** (Prag). Ueber multiple, akute Periostitis.

Mediz. Klin. 1909. Nr. 16.

Wie es eine chronische multiple Periostitis gibt, die mit Milztumor und Myelocythämie einhergeht und ungünstig verläuft, so existieren auch akute Formen, die bisher immer mit dem akuten Gelenkrheumatismus verwechselt wurden. Genauer Bericht über einen Fall, in dem unter Fieber, Schwellungen und Schmerzen an Armen und Beinen sich das Periost beider Vorderarmknochen sowie einer Fibula verdickte, wie an Röntgenbildern nachweisbar war. Die bekannten Rheumatika versagten völlig. Interessant war der Blutbefund: beträchtliche polynukleäre Eosinophilie und Leukozytose. Nach einigen Wochen verschwanden sowohl die Knochenanomalien im Röntgenbild als auch die subjektiven Beschwerden sowie die Blutveränderungen. Ewald-Hamburg.

15) **Freund.** Chronischer Gelenkrheumatismus und Gicht.

Ein Beitrag zur Differentialdiagnose.

Diss. Leipzig 1909.

F. berichtet über einen Fall von einer chronischen Arthritis, bei dem ein ausgedehnter Kalk- Phosphorstoffwechselversuch durchgeführt wurde. Er kommt auf Grund der vorgenommenen Untersuchungen zu der Ansicht, dass bei der Arthritis deformans die Neigung zur Kalk- und Magnesiumretention besteht und dass diese Retention in Zusammenhang mit abnormen Ossifikationsprozessen in den erkrankten Gelenken zu bringen ist. In dieser Beziehung dürfte ein weiterer Gegensatz bei der chronischen Arthritis deformans zum Verhalten bei der Gicht, deren Salzstoffwechsel sich in anfallsfreien Perioden normal verhält, gegeben sein.

Blencke-Magdeburg.

16) **Barbier.** Notes sur les erreurs de diagnostic que peuvent causer les artropathies dues au rhumatisme et à la syphilis héréditaire chez les enfants soupconnés à tort de tumeurs blanches au début.

(Ueber diagnostische Irrtümer, durch rheumatische oder syphilitische Gelenkerkrankungen bei Kindern, die beginnender Gelenktuberkulose verdächtig erscheinen.)

Annales de chirurgie et d'orthopédie Bd. 22, Nr. 2 u. 3, S. 43 u. S. 76.

B. macht darauf aufmerksam, dass keineswegs alle monartikulären Leiden tuberkulöser Natur zu sein brauchen, sondern dass Rheumatismus und Lues durchaus ähnliche Bilder geben können. Von den 3 Fällen, die er anführt, war der erste als Fungus genu

angesprochen worden, während B. selbst auf Grund einer zugleich vorhandenen Perikarditis die Diagnose Rheumatismus stellte. Die daraufhin angewandte Salizyltherapie führte denn auch baldige und definitive Heilung herbei. Bei einem zweiten Patienten mit doppelseitiger Knieaffektion führten andere Affektionen (Keratitis und Iritis sowie Knochenerscheinungen) zu der Diagnose Lues, welche durch den Erfolg der Therapie (Quecksilbersalbe) bestätigt wurde. Der dritte Fall wurde unter Meningitis-ähnlichen Erscheinungen eingeliefert, doch zeigte längere Beobachtung, dass es sich um eine Erkrankung der Halswirbelsäule handelte, die wegen anderweitiger Symptome als luetisch angesprochen werden musste. Die angewandte Therapie (Quecksilbereinreibungen) führte zur Heilung der Affektion. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

17) **J. Heckmann** (New-York). Zur Aetiologie der Arthritis deformans.

Münch. med. Woch. 1909. Nr. 31.

H. unterscheidet eine monartikuläre und polyartikuläre Form. Eine zirkumskripte Form der Arthr. def. im humero-radialen Teil des Ellenbogengelenks hat H. nur bei Luetikern gesehen, und zwar im frühen oder späten tertiären Stadium. Antiluetische Behandlung führte im Frühstadium auffallend schnell zur vollständigen restitutio ad integrum. Weitere Beobachtungen führten H. zu dem Schluss, „dass nicht nur die monartikuläre Form der Arth. def., sondern auch ein grosser Prozentsatz der polyartikulären Form auf luetischer Basis beruht." Es standen H. 4 Fälle von monartikulärer, 11 Fälle von polyartikulärer Arth. def. zur Verfügung, männliche und weibliche Patienten im Alter von 22—56 Jahren; Wassermann immer positiv. In den monartikulären Fällen (Ellenbogen, Knie, Hüfte) wurde die Infektion immer zugegeben, in den polyartikulären nicht, da es sich 9 mal um Frauen handelte. Doch wurden hier häufig in der Anamnese Allgemein- und Lokalsymptome beschrieben, die auf Lues deuteten; achtmal wurde auch eine ererbte rheumatische Disposition gefunden.

H. schliesst folgendermassen:

Die monartikuläre Form der A. d. (wenigstens die nicht senile) fasst er als eine Arthritis auf, die gewöhnlich mittelbar durch ein Trauma hervorgerufen ist, deren tiefere Grundursache jedoch die konstitutionelle Lues ist. Die Lues ist dafür verantwortlich, dass die Kontusion des Gelenkes und die darauffolgende Synovitis

nicht wie gewöhnlich ausheilt, sondern zu der typischen Arthritis def. führt.

Für die Polyarthritis deformans sind zwei Momente verantwortlich: die rheumatische Disposition und die Lues. In einem bedeutenden Prozentsatz der Fälle handelt es sich um einen akuten, in die chronische Form übergegangenen Gelenkrheumatismus beim Luetiker. Auch hier ist die konstitutionelle Syphilis schuld, dass die rheumatische Affektion nicht ausheilt. Ewald-Hamburg.

18) **Schawlou** (Riga). Ueber die Behandlung schwerer Arthritiden.

Deutsche med. Wochenschr. 1909. Nr. 14. S. 621.

Sch. teilt die Arthritiden ein in 1. Gelenkrheumatismus, 2. Arthritis deformans, 3. Polyarthritis progressiva und gornorrhoica und 4. traumatische Arthritis und Gicht. Während bei Gelenkrheumatismus durch Schwefelbäder Heilung erzielt wurde, blieb diese Therapie bei den anderen Formen wirkungslos. Verfass. hat deshalb diese Behandlungsweise mit intramuskulären Injektionen von Fibrolysin kombiniert und gute Frfolge erzielt. Sechs Krankengeschichten verschiedener Arthritisformen illustrieren die Angaben näher. Die Wirkung beruht auf der lymphagogen, hyperämisierenden Eigenschaft des Fibrolysins, die sich am Locus minoris resistentiae, dem erkrankten Gelenk, vorzugsweise äussert.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

19) **Geissler.** Ueber symmetrische Gangrän der Extremitäten, (Raynaudsche Krankheit.)

Deutsche Militärärztl. Zeitschr. Heft 15, 09.

Die Krankheit begann bei dem 30jährigen Manne, der dem Soldatenstande angehörte, unter starken Schmerzen mit einer lokalen Asphyxie des r. Zeige- und Mittelfingers. Die Finger wurden weiss und verloren das Gefühl. Allmählich bildeten sich an den Fingerspitzen und über dem Mittelgelenk an der Rückseite beider Mittelfinger kleine Hauteintrocknungen. Es traten Sensibilitätsstörungen im Gesicht auf. An verschiedenen anderen Fingern bildeten sich im Laufe der Zeit höckrige Hautwucherungen von brauner Farbe, die an 2 Fingern später brandig zerfielen. Häufige Cyanose der Finger, spez. nach Baden. Auch am Hacken und an den Zehen trat lokale Asphyxie auf. Die Finger schwollen sämtlich an und wurden schwer beweglich. Bei der Untersuchung wird über Schmerzen in den befallenen Gliedern geklagt. Im Laufe der Behandlung



wurde zeitweise auch eine Asphyxie an den Ohrmuscheln, die unter heftigen Schmerzen auftrat, beobachtet. Der Pat. war von psychopathischer Konstitution, die nach Verf. Ansicht ätiologisch wichtig ist.

Meyer-Heidelberg.

20) **Böcker** (Berlin). Zur Frage der Entstehung und Behandlung der Myositis ossificans traumatica.

Zeitschr. für orthopädische Chirurgie 22. Bd. 1.—3. H. S 106.

B. unterscheidet die multipel auftretende Myositis ossificans progressiva, ferner die circumscripte Form, welche durch ein chronisches Trauma zustande kommt (Reitknochen) und die isolierte Entstehung durch ein einmaliges heftiges Trauma. Speziell das Auftreten im Quadrizeps nach starker Kontusion oder im Brachialis nach Ellenbogenluxation wird häufig beobachtet. Auch bei dem von B. beschriebenen Falle handelte es sich um eine Verknöcherung in der Nachbarschaft des Ellenbogengelenks, welche die Gelenkkapsel und den Brachialis internus betraf. Verf. glaubt nach dem Röntgenbilde eine Entstehung vom Periost, nicht vom Muskelbindegewebe aus annehmen zu müssen. Therapeutisch gibt B. an, dass man meistens mit unblutiger Behandlung durch physikalische und mechanische Mittel auskomme. Ein etwaiger operativer Eingriff soll erst dann vorgenommen werden, wenn im Wachstum des Knochens ein Stillstand eingetreten ist.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

21) **R. Bing** (Basel). Ueber alkoholistische Muskelveränderungen.

Med. Klinik. 1909. Nr. 17.

Ausser der Polyneuritis alcoholica gibt es eine Polymyositis, die völlig für sich ohne Nervenerkrankung vorkommt. Klinisch findet sich im akuten Stadium Myalgie, manchmal über den erkrankten Muskeln bretthartes Oedem. Im chronischen Stadium kommt es zunächst zur Volumzunahme der Muskulatur, später zur Atrophie. — Mitteilung eines Falles, der nicht nur klinisch, sondern da er an chronischer Nephritis und Myodegeneratio cordis zu grunde ging, auch pathologisch untersucht werden konnte. Die Muskelveränderungen hatten sich erst in den 6 letzten Monaten seines Lebens entwickelt: Verhärtung und Schrumpfung, die z. B. am Biceps so stark war, dass der Arm im Ellenbogen nicht über einen rechten Winkel gestreckt werden konnte. Andere Armmuskeln ausser Pektoralis, Latissimus und Deltoideus blieben frei. Die befallenen Muskeln zeigten bei der Autopsie ein trübgelbliches Kolorit,

an einzelnen Stellen gelbe Flecken. Nebenbei fand sich eine Neuritis multiplex. Histologisch fand sich an frischen Stellen interstitielle Rundzelleninfiltration, an älteren voluminöse Zunahme der interfibrillären Zwischensubstanz, die die Muskelfibrillen weit auseinandergedrängt hat. **Ewald**-Hamburg.

22) **Max Berliner.** Zur Prognose der Poliomyelitis anterior acuta.

Wien. klin. Woch. Nr. 21.

Auf Grund eigener Erfahrung, Verf. verfügt über vierzehn klinisch beobachtete Fälle, sowie nach den Angaben anderer Autoren tritt ein letaler Ausgang der Erkrankung nie später als in den ersten vierzehn Krankheitstagen ein. Deshalb kann nach Ablauf dieser Zeit die Prognose quoad vitam mit einiger Sicherheit günstig gestellt werden. Quoad sanationem ist sie selbst bei ausgebreiteten Lähmungen nicht allzuschlecht. Berliner sah von lange fortgesetzter Anwendung des galvanischen Stromes befriedigende Erfolge.

Spitzy-Graz.

23) **L. E. La Fétra** (New-York). Early symptoms in sixty-three cases of the recent epidemie of anterior poliomyelitis.

Arch. of Pediatrics. 1909, 5.

Im Beginn der Erkrankung konnte 25 mal Erbrechen festgestellt werden, Obstipation in 14, Diarrhoe in 17 Fällen, Fieber in 52 Fällen, Delirium nur 2 mal, Konvulsionen bei 4 Patienten, Nackensteifigkeit 11 mal, Schmerzen in den befallenen Gliedern 32 mal. Die Lähmung war 58 mal schlaff, 5 mal spastisch; sie trat in 24 Fällen schon am ersten Tage der Erkrankung auf.

Ewald-Hamburg.

24) **H. Koplik** (New-York). Acute poliomyelitis (an epidemie).

Arch. of Pediatrics. 1909, 5.

1200 Fälle von Poliomyelitis waren im Sommer 1908 in New-York gemeldet worden. Eine Anzahl von Kindern erkrankte mit meningealen Erscheinungen, andere mit Symptomen der Bulbärparalyse, bei anderen waren die 4 Extremitäten gelähmt, bei anderen wieder traten die neuritischen Erscheinungen in den Vordergrund, woran sich allmählich die Lähmung einer Extremität anschloss. Bei anderen war ein Arm oder Bein über Nacht paralytisch geworden, ohne dass das Allgemeinbefinden gelitten hatte. Der Ausgang war bei den meningealen und neuritischen Formen oft die komplette Heilung, manchmal auch bei den Formen mit



reiner Lähmung. In anderen Fällen überraschte bei den bleibenden Lähmungen die Rapidität der Muskelatrophie (2—3 Wochen). Ueber die Natur des Infektionserregers und den Weg, auf welchem er zum Zentralnervensystem gelangt, ist nichts Bestimmtes zu sagen. Die Behandlung erscheint wenigstens im akuten Stadium machtlos.

Ewald-Hamburg.

25) **M. Turnowsky.** Paralysis dolorosa transitoria infantum.

Wien. klin. Woch. Nr. 28.

Mehrere Krankengeschichten aus der Praxis des Verfassers. Stets handelt es sich um eine plötzlich entstandene Lähmung einer Extremität bei kleinen Kindern verbunden mit heftigen Schmerzäusserungen beim Versuch passiver Bewegungen. Fehlen sonstiger Krankheitserscheinungen. Heilung binnen wenigen Tagen. Turnowsky glaubt an eine Erkrankung sui generis, vielleicht verursacht durch ganz geringfügige Dislokationen in Gelenken. Er bringt ausführliche kritisch gesichtete Literaturnachweise.

Spitzy-Graz.

26) **Jendrassitz** (Budapest). Gibt es heilbare Fälle von Dystrophie?

Deutsche med. Wochenschr. 1909. Nr. 19. S. 830.

J. glaubt auf Grundlage zweier von ihm beobachteter Fälle ebenso wie Marina und Erb die Frage nach der Heilbarkeit partieller dystrophischer Lähmungen bejahen zu müssen. In dem einen Fall bestanden bereits Kontrakturen, während der andere nur Atrophie und Schwäche der Muskulatur zeigte. Bei beiden Pat. trat die Besserung in der Entwicklungsperiode ein. Verf. glaubt, dass die Grundlage dieses Leidens in einer ungenügenden Entwicklungskraft einzelner Elemente zu suchen sei, und dass ebenso wie im allgemeinen eine weitere Entartung zur Zeit der Pubertät bei dieser Erkrankung eintrete, so auch bei vereinzelten Fällen eine hervorragend intensive Entwicklung in dieser Zeit die zu schwachen Elemente günstig beeinflussen könne und dadurch eine Besserung herbeizuführen im Stande sei.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

27) **A. Stern** (Berlin). Sensibilitätsstörungen und Heissluftbehandlung.

Mediz. Klin. 1909. 36.

3 Fälle von Sensibilitätsstörungen (nach Fall auf die Schulter,

wobei gleichzeitig Humerusluxation und Abbruch des Acromion, bei Syringomyelie, wobei gleichzeitig Arthropathie im Schultergelenk, und bei Neuritis der Handäste des Nervus medianus und ulnaris, hervorgerufen durch ein Druckgeschwür, das ein Verband wegen Radiusfraktur erzeugt hatte). Immer war durch Anwendung der Heissluftapparate infolge der Gefühllosigkeit eine schwere Verbrennung, 2 mal an der Schulter, 1 mal an den Fingern, verursacht worden.

Vor der lokalen Heisslufttherapie an Körperteilen mit nicht intakter Sensibilität ist ohne geeignete Vorsichtsmassregeln dringend zu warnen. **Ewald**-Hamburg.

28) **Glaessner** (Berlin). Die Anwendung und die Erfolge des Marmorek-Serums.

Deutsche med. Wochenschr. 1909. Nr. 17. S. 753.

Zusammenstellung der neuesten Litteraturergebnisse über die Behandlung der internen und chirurgischen Tuberkulose. Im grossen und ganzen sind die erzielten Erfolge günstig zu nennen, gerade auch in chirurgischen Fällen. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

29) **Amrein** (Arosa). Periostitis et Adipositas multiplex tuberculosa toxica behandelt mit Serum Marmorek.

Deutsche med. Wochenschr. 1909. Nr. 6. S. 2, 151.

Bei einer 32 jährigen Patientin waren circumscripte harte Schwellungen im Unterhautzellgewebe und im Periost einzelner Knochen aufgetreten. Eine zugleich bestehende Erkrankung der Lungenspitze sowie der positive Ausfall der Tuberkulininjektion in kleinster Dosis (Fieber und schmerzhafte Schwellung der Infiltrate) führten den Verf. dazu, auch die Unterhautzellgewebs- und Periosterkrankung als tuberkulös anzusprechen. Eine länger dauernde rektale Anwendung von Marmorek-Serum führte unter dem Auftreten lokaler Reaktionen zu einer sehr weitgehenden Besserung. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

30) **Sikemeier.** Die Behandlung der chirurgischen Tuberkulose mit Marmorekserum.

Med. Klin. 1909. Nr. 28.

S. hat 17 vorher lange Zeit in schlechtem Zustand gebliebene Knochen- und Drüsentuberkulosen, mit dem Serum behandelt (2 Tuberkulosen des Ellenbogen-, 1 des Hüft-, 1 des Hand-, 2 des Fussgelenkes, 2 Spondylitispatienten, 1 mit Schultergelenkstuberkulose, 6 mit tub. Lymphadenitis, nur 4 Patienten hatten keine Fisteln)



Heilung, resp. Besserung nach 3—9 monatiger Serumbehandlung. Schluss: bei 5 Patienten keine Besserung (sehr schwere Gelenktuberkulosen), sechs geheilt, sechs bedeutend gebessert, aber noch nicht geheilt. — „Wenn man bedenkt, dass fast alle Patienten jahrelang, einige sogar jahrzehntelang leidend waren, dass die erste Besserung in der Regel innerhalb zweier Monate auftrat, dann meine ich daraus schliessen zu können, dass die erzielten Resultate recht günstige sind.“ **Ewald**-Hamburg.

31) **Orhan** (Konstantinopel). Die lokale Chininbehandlung der Tuberkuloseheerde.

Deutsche med. Wochenschr. 1909. Nr. 19. S. 837.

Auf Grund seiner Beobachtungen empfiehlt Verf. warm, Chinin (hydrochloricum?) als lokales Mittel gegen Tuberkulose anzuwenden. Bei Hautulcera als Pulver, bei Abszessen und Knochentuberkulose als 2% Lösung hat es sich nach O. gut bewährt. Es sollen mit der Chininlösung die erkrankten Teile (Wunden nach Resektionen, Abszesswandungen) energisch ausgewischt werden. In Fisteln muss es unter starkem Druck eingespritzt werden, damit es an den Krankheitsheerd gelangt. Speziell für Senkungsabszesse (Punktion und Injektion) sowie für Fisteln erscheint es Verf. sehr geeignet.

Ottendorff- Hamburg-Altona.

32) **Judson.** Le traitement exspectant de la tuberculose pulmonaire. Contribution de la chirurgie orthopédique.

(Die exspectative Behandlung der Lungentuberkulose.)

Ein Beitrag aus dem Gebiet der Orthopädie.

Annales de chirurgie et d'orthopédie. Bd. 21. Nr. 11. S. 321.

J. rät, die Prinzipien, die sich bei der Behandlung der Extremitätentuberkulose bewährt haben, so die Ruhigstellung des erkrankten Organs und Besserung der sanitären Verhältnisse und Ernährung auch auf die Behandlung der Lungentuberkulose zu übertragen. Die Ruhigstellung der Lunge will J. dadurch erreichen, dass er alles verbietet, was Respiration und Zirkulation anregen könnte, sowie dass er möglichst flach atmen lässt und das Husten zu unterdrücken anrät. Ausserdem soll die Körperruhe im Liegen auf täglich 16 Stunden ausgedehnt werden.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

33) **K. Knotz** (Baden b. Wien). Zur Behandlung der Ankylose mit Fibrolysineinspritzung im k. k. Wohltätigkeitshause in Baden.

Mediz. Klin. 1909. 30.

Von den 15 behandelten, meist dürftigen und lange vorher erkrankten Patienten wiesen 5 Ankylosen einzelner Gelenke nach akutem Gelenkrheumatismus auf: nach 4 bis 9 Injektionen keine Besserung. Auch 2 Arthritis deformansfälle, 2 Ankylosen nach gonorrhoischer Arthritis, eine pyämische Gonitis werden nicht wesentlich gebessert (4—15 Injektionen). Patienten mit Narbenkeloiden, die die Exkursionen des Knie- und Sprunggelenks hinderten, zeigten nach 5 Injektionen erhebliche Besserung.

4 Fälle wurden mit einer grösseren Zahl von Injektionen behandelt (14—28). Eine 26 jährige Patientin mit multipler Ankylose wurde nicht gebessert, die anderen — sämtlich multiple Ankylosen nach Polyarthritis rheumatica acuta — besserten sich in befriedigender Weise.

Es ist noch klar zu stellen, in welchen Fällen und unter welchen Umständen das Fibrolysin wirkt. **Ewald**-Hamburg.

34) **Immelmann** (Berlin). Die Behandlung von Gelenksteifigkeiten mittels Bier'scher und Tyrnauer'scher Apparate.

Mediz. Klinik. 1909. Nr. 15.

Die fibrös versteiften Gelenke werden zunächst durch lokale Heissluftbehandlung mittels Tyrnauer'scher elektrischer Heizkörper (Widerstände) vorbereitet und dann mittels der Bier'schen Saugapparate mobilisiert. Die Wirkung der letzteren ist schmerzstillend, lösend und erweichend. Diese Methoden in Verbindung mit Massage und der Uebungsbehandlung sowie mit orthopädischen Redressionsapparaten ermöglichen die Erzielung guter funktioneller Resultate. **Ewald**-Hamburg.

35) **Schäfer** (Oberstein). Ueber die Gefahren des Bierschen Stauungsverfahrens.

Deutsche med. Wochenschr. 1909. Nr. 19. S. 843.

Anlass zu einer Warnung vor kritikloser Anwendung Bierscher Stauung gab dem Verfasser ein Fall von Radialislähmung sowie ein Fall von malignem Tumor des Femur. Die Parese des Radialis war nicht durch direkten Druck der Binde, sondern durch eine Neuritis und Verwachsung im Bereich der Stauung entstanden.

Die operative Freilegung ergab nach längerer Zeit Heilung der Lähmung. In dem anderen Fall war der Tumor nach der Untersuchung und dem Röntgenbilde für eine chronische Periostitis gehalten worden. Die daraufhin eingeleitete Stauungstherapie war Schuld, dass der günstige Zeitpunkt für eine radikale Entfernung der Geschwulst hinausgeschoben und dadurch die Dauerheilung fraglich wurde. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

36) **Max Reiner.** Versuche zur Verhütung der operativen Fettembolie.

Wien. med. Woch. Nr. 28.

Reiner berichtet auf Grund von Leichenversuchen über den Mechanismus der Fettembolie bei orthopädischen Eingriffen an Knochen. Die Ausschwemmung von Fett aus den Markräumen tritt nur während der Operation selbst, und dann nur in geringstem Ausmasse nach Aufhören der redressierenden Kraft auf. Von dieser Beobachtung ausgehend, schlägt Reiner ein Verfahren vor, um die ins Gefässsystem eingetretenen Fettmengen zu eliminieren.

Die Operation wird unter Esmarchscher Blutleere ausgeführt. Vor Abnahme des Schlauches wird von der freipräparierten Vena saphena oder einem anderen grösseren Aste aus eine Kanüle in die Vena femoralis eingeführt, die Vena femoralis zentral komprimiert und nun erst der Esmarchschlauch gelöst, die venöse Blutwelle fliesst also durch die Kanüle ab und mit ihr der grösste Teil der ins Gefässsystem getretenen Fetttropfen, deren Nachweis in der aufgefangenen Blutmenge unschwer gelingt. Die kleine Oeffnung in der Vena kann eventuell genäht werden.

Die von anderer Seite gemachten Vorschläge zur Verhütung der Fettembolie sind zwar weniger gut begründet als das von Reiner angegebene Verfahren. Immerhin dürften aber die vom Autor selber aufgezählten Gefahren des an sich nicht schwierigen Eingriffes einer ausgebreiteten Anwendung desselben im Wege stehen.

Spitzy-Graz.

37) **H. Noesske** (Kiel). Zur konservativen Behandlung schwerer Extremitätenverletzungen und gangränverdächtiger Glieder.

Zentralbl. für Chirurgie 1909. 40.

Ist infolge Erfrierung oder Quetschung eine venöse Stase in den peripheren Gliedabschnitten eingetreten, so vermag die gewöhnlich angewandte Wärme und Hochlagerung oft nicht, den arteriellen



Blutstrom so zu befördern, dass das Glied am Leben bleibt. N. hat daher bei mehreren schweren Fingerverletzungen, bei Erfrierung und bei Asphyxie der Finger (bei Raynaudscher Krankheit) den Fingerrücken in der Längsrichtung bis auf den Knochen gespalten, für Offenbleiben der Wunde gesorgt und 2—3 mal tägl. 8—10 Min. gesaugt. Zuerst quoll cyanotisches Blut heraus, später arterielles. Die verletzten Glieder konnten am Leben erhalten werden und verloren nichts von ihrer Funktionsfähigkeit.

Ewald-Hamburg.

38) **A. Heermann** (Deutz). Ueber Zug und Druck in der Krankenbehandlung mit Demonstration neuer Methoden und mediko-mechanischer Apparate.

Med. Klin. 1909, 11.

Improvisationen von Bewegungsapparaten bei Gelenkversteifungen für Krankenzimmer und Privatwohnung! Prinzip: langer Hebelarm, langer Gummizug am Ende desselben. Kombination eventuell mit Spiralfeder, die die Extremität in der Längsrichtung extendiert. Für alle Gelenke hergestellt sollen diese Apparate nicht nur alle bestehenden Bewegungsvorrichtungen, sondern auch die Hand des Arztes übertreffen. (? Ref.)

Ein zweites System, das auf dem Prinzip der Schaukel (vergrösserter Tintenlöscher) beruht, „repräsentiert ein ganzes mediko-mechanisches Institut“ (!).

Drittens behandelt H. Hand- und Fingergelenke in der Weise, dass er diese fixiert, während der Unterarm auf- und niedergeht.

Weiter beschreibt H. eine Extensionsvorrichtung des Beins für Ischias, eine sog. Kammbinde für Dauerkompression (Hydrops genu, Phlebitis, Supraorbitalneuralgie), weiter die Narbendehnung und -Glättung durch elastischen Druck (Gummischwamm und plastische Pappe), die Beseitigung von Fingerversteifungen durch Bandagen, in denen die sanfte dehnende Wirkung einer Schwammeinlage zur Anwendung gelangt. Auch für Plattfüsse will er den Gummischwamm als Einlage verwenden; ein Gummischwamm soll auch am Korsett gegen den skoliotischen Rippenbogen drücken.

H. hält seine Methoden für wesentlich neu, vielfach unentbehrlich und unersetzlich.

Ewald-Hamburg.

39) **Koch** (Berlin). Bemerkungen über die Operation schwerer Gelenkversteifungen.

Arch. für Orth., Mechanother. u. Unfallchir. 1909. Bd. 8. 1.

Verf. empfiehlt die Mobilisierung versteifter Gelenke immer durch den peripheren Puls zu kontrollieren. Bei gewaltsamer



Streckung könnte es sonst sehr wohl zu Zerreissung der Gefässe kommen. Die Gefahr einer solchen kündigt sich immer durch Nachlassen der Pulsation an. Ist dies zu konstatieren, so soll man die Korrektion der Kontraktur nicht weiter treiben. Da infolge des versteifenden Prozesses schon vor jedem Eingriff Anomalien der Pulsation vorliegen können, so soll man schon vor jeder Manipulation den Puls prüfen.

Ein von K. besonders ausgebildetes Resektionsverfahren bei schweren Fällen von Knieversteifungen hat ihm mehrfach gute Resultate gegeben. Ewald-Hamburg.

40) **Klapp.** Demonstrationen aus dem Gebiete der neuere physikalischen Behandlungsmethoden.

Mediz. Klin. 1909. Nr. 26.

Vorführung seiner bekannten, von Fränkel modifizierten Kriechmethode, die zusammen mit Uebungen in aufrechter Stellung und im Liegen die Behandlung aller Skoliosen in der kgl. Klinik ausmacht. — Die Gelenkserkrankungen müssen möglichst frühzeitig in Behandlung kommen, um beweglich zu bleiben. So konnte sogar in einigen Fällen bei Coxitis ein bewegliches Gelenk erzielt werden, trotz deutlicher Karies von Kopf und Pfanne. Methode: keine wochenlangen Streckverbände, „denn das vertragen die Tuberkulösen gar nicht“, sondern sofort Gipsverband mit Entlastung und Fixation in richtiger aduzierter Stellung. Kontrakturen werden sofort aber sehr vorsichtig in Narkose zurückgeführt. (Es ist nicht ersichtlich, wie durch diese Methode bewegliche Gelenke erhalten werden sollen. Ref.) Bei der gonorrhoischen Gelenkentzündung feiert die Biersche Stauungshyperämie die grössten Triumphe (22 stündige Stauung). Demonstration von Patienten mit voller Gelenkfunktion. Bei fibrösen Ankylosen sowie Kontrakturen werden keine Pendelapparate benutzt, da diese keine kausale Therapie darstellen (? Ref.), sondern Saugapparate, die zugleich hyperämisierend und mechanisch wirken. — Neuerdings hat K. versucht, durch Resektion und Wiederaufpflanzen der Gelenkenden auf den gekürzten Schaft, an der oberen Extremität bewegliche Gelenke zu schaffen. Ewald-Hamburg.

41) **Bade** (Hannover). Zur Technik der Arthrodesenoperation.

Zeitschr. für orthopädische Chirurgie. Bd. 22. H. 1—3. S. 224.

B. beschreibt die von ihm geübte Methode der Arthrodese. Als besonders wichtige Forderung wird hervorgehoben absolute



Asepsis und genügende knöcherne Vereinigung. Am weitaus häufigsten wird die Operation am Kniegelenk und am Fussgelenk ausgeführt, wesentlich seltner am Schultergelenk und Hüftgelenk. Andere Gelenke kommen kaum in Frage. Man soll möglichst wenig Knochenmaterial opfern, Entfernung des Knorpels genügt im allgemeinen. Langdauernde Fixation ca. $^1/_2$ Jahr ist unbedingt nötig. Eine Knochennaht ist nur beim Schultergelenk nötig, an der unteren Extremität soll die Belastung durch das Körpergewicht die völlige Ankylosierung bewirken. Eine absolut knöcherne Vereinigung ist bei Arthrodese des Knie- und Schultergelenks zur Erreichung des Erfolges nötig, während bei den übrigen Gelenken eine leichte Nachgiebigkeit eher von Vorteil ist.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

42) **Mencière** (Reims). Quelques observations d'ostéosynthèse et technique de l'ostéosynthèse à l'aide des agrafes en aluminium et du porte-agrafe de Mencière.

(Einige Beobachtungen über Knochennaht und ihre Technik unter Anwendung der Aluminiumklammern und des Klammerhalters nach Mencière.)

Annales de chirurgie et d'orthopédie Bd. 22, Nr. 4, S. 104.

M. benutzt zur Knochenvereinigung mit Vorliebe die von ihm angegebenen Klammern, die in der Form den Klammern ähneln, welche die Maurer zur Verbindung der Gerüstteile verwenden. In den Halter wird zunächst eine völlig gleiche Klammer aus Stahl eingefügt und mit dieser Löcher vorgeschlagen, die dann mit dem Drillbohrer erweitert werden, sodass die Aluminiumklammern gerade stramm eingetrieben werden können. Selbstverständlich muss eine genaue Adaptierung der Fragmente vorhergehen. Die angeführten Fälle sollen den guten Erfolg demonstrieren.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

43) **E. Becker** (Hildesheim). Ein zerlegbarer Bohrer zur Extension am Knochen.

Zentralbl. f. Chir. 1909, 36.

B. hat für die Steinmannsche Extension einen Bohrer konstruiert, der bei hinreichender Festigkeit zierlich gebaut ist, eine starke Belastung aushält, leicht zu sterilisieren ist und absolut sicher, exakt und schnell arbeitet. Der Bohrer wird mittels elektrischen Motors in den Knochen getrieben. Eine Beschreibung bleibt ohne Abbildungen unverständlich. **Ewald**-Hamburg.

44) **W. Anschütz** (Kiel). Ueber die Frakturbehandlung mit Nagelextension.

Münch. med. Woch. 1909. Nr. 33.

Während an der Kieler Klinik im Allgemeinen die Bardenheuersche Extensionsmethode angewandt wird, konnte in 12 komplizierten und ungünstig gelagerten Fällen ein guter Erfolg mit der Nagelextension erzielt werden. Die Fälle waren Frakturen des Ober- und Unterschenkels, veraltet oder kompliziert, mit Verkürzung geheilt oder in der Nähe des Fussgelenks liegend, auch Fälle, wo die Heilung durch Heftpflasterextension durch eine interkurrente Krankheit unterbrochen wurde. Sehr bewährt hat sich die Nagelextension auch bei einem Doppelbruch des Oberarms mit kompliziertem Bruch des Unterarms. Ferner bei einer Operation Verlängerung des Beins um 8 cm bei einem Kinde, wo nach Enchondromen des Oberschenkels eine Verbiegung und Wachstumsverkürzung von 10 cm eingetreten war: Diese konnte nach treppenförmiger Osteotomie und kräftiger Nagelextension unter Diastasierung der Fragmente bis auf 2 cm ausgeglichen werden.

Die Nagelextension stellt eine wesentliche Bereicherung der Therapie dar, da sie fast jede dislocatio ad longitudinem auszugleichen vermag. Doch soll sie nur bei strikter Indikation angewandt werden, da sie wegen Infektionsmöglichkeit nicht ohne Gefahr ist.

Ewald-Hamburg.

45) **Anzoletti.** Zur Codivillaschen Methode der Nagelextension am Knochen.

Zentralblatt für Chir. 1909. Nr. 28.

Die in Deutschland durch Steinmann bekannt gewordene Extensionsmethode ist schon vor 6 Jahren von Codivilla empfohlen und in Italien eifrig angewandt worden. Sie ist jeder anderen Extensionsmethode an Wirksamkeit, Indikationsweite und Schmerzlosigkeit überlegen. Sie kann an der oberen und unteren Extremität angewandt werden, und zwar soll der Zug so peripher wie möglich angreifen, also z. B. bei Oberschenkelbrüchen am Kalkaneus! Dies hat vor der Durchnagelung der Femurkondylen soviele Vorteile (baldige ambulatorische Behandlung sofort nach Erreichung der gewünschten Länge!), dass sie unbedingt den Vorzug verdient.

Ewald-Hamburg.

46) **D. G. Bardach.** Elastisches Heftpflaster.

Wien. klin. Woch. Nr. 31.

Heftpflaster auf einer dünnen Gummiplatte statt auf Stoff



aufzutragen. Der Erfinder erwartet eine mannigfaltige Anwendung für chirurgische und speziell für orthopädische Zwecke.

Spitzy-Graz.

47) **Hartung** (Berlin). Vorrichtung zur Erleichterung des Umschneidens und Durchfensterns der Gipsverbände.

Deutsche med. Wochenschr. 1909. Nr. 20. S. 891.

H. gibt rechtwinklig gebogene Plättchen an, die durch einen Faden auf der Extremität befestigt werden und so zur Abgrenzung des Verbandes resp. der Fenster dienen. Ist der Verband fertig, so können die Plättchen leicht entfernt werden.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

48) **Alfred Loewy.** Gipsverbandfensterer für komplizierte Frakturen.

Wien. med. Woch. Nr. 21.

L. bringt Beschreibung und Abbildung einer Vorrichtung, welche im Wesentlichen aus einem in vier gekrümmte Platten zerlegbaren Ringe besteht, welcher beim Anlegen des Verbandes von den Bindentouren umfasst und nach Erhärten des Verbandes durch Zerlegen entfernt wird, worauf eine kreisrunde Lücke genau an der gewünschten Stelle offen bleibt. Der Apparat liesse sich wohl noch etwas vereinfachen und mag dann recht gute Dienste leisten.

Spitzy-Graz.

49) **Goder** (Lissa). Zur Erleichterung der Anlegung von Fenstern in Gipsverbänden.

Deutsche med. Wochenschr. 1909. Nr. 30. S. 1313.

G. schlägt vor zur bequemen Anlegung von Fenstern im Gipsverband unter die Gipsbinden den Rändern des zukünftigen Fensters entsprechend Drahtsägen zu legen und nach Erstarren die Drähte herauszusägen.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

50) **Baron** (Charlottenburg). Zur Anlegung von Fenstern in Gipsverbänden.

Deutsche med. Wochenschr. 1909. Nr. 34. S. 1481.

B. empfiehlt flache Ringe aus Blei oder ähnlichem Material von 8—10 cm Breite zu benutzen, deren Innenseite nach Anbringung mehrerer Einschnitte aufgebogen werden kann. Die Ringe, deren Kanten mit Watte umwickelt sind, werden über die freizulassende Stelle gelegt und die Gipsbinden darum herumgelegt.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

51) **Evler** (Treptow). Ueber die Verwendung eines Chromleders zu orthopädischen Apparaten insbesondere zu Schienenhülsenstreckverbänden, welche dem Körper unmittelbar an- und nachzupassen sind.

Zeitschr. für orthopädische Chirurgie 22. Bd. 1.—3. H. S. 192.

E. empfiehlt statt der teuren und umständlichen Schienenhülsenapparate breite Manschetten von Chromleder an Stahlrohre montiert zu verwenden. In den Rohren können ausserdem extendierend wirkende Spiralfedern angebracht werden. Einige Verwendungsweisen als Stützapparate für die untere Extremität, als Geradehalter werden im Bilde und in der Beschreibung erläutert.

Ottendorff-Hamburg-Altona

52) **Schanz** (Dresden). Orthopädische Apparate in der Kassenpraxis.

Berl. Klin. Woch. 1909. Nr. 18.

Die sozialen Gesetze erlauben nicht die Beschaffung notwendiger Apparate auf Kosten der Versicherungskassen. Wie S. an einer Reihe von Patienten zeigt, wird dadurch eine grosse Zahl von Leuten, die gebessert werden könnten, geschädigt, ja nicht nur diese, sondern auch die Versicherungskassen, die nicht gezwungen werden können, grössere und kostspieligere Apparate für die Kranken zu beschaffen. Die Anfertigung von Plattfusseinlagen stösst nur selten auf Widerspruch, weil die Kassen einsehen, dass sie dadurch an Krankengeld sparen. Fallen die Apparate jedoch aus dem Rahmen des Gewöhnlichen, so werden die Schwierigkeiten sofort unüberwindlich. Schienen- und Hülsenapparate, die geeignet sind, die Arbeitsfähigkeit in kurzem wiederherzustellen, werden meistens verweigert. S. weist an ca. 20 Fällen von Fuss-, Knie-, Hüft- und Wirbelsäulenleiden nach, was orthopädische Apparate zu leisten im Stande sind, und schliesst mit einer lehrreichen Berechnung, wie die Kasse resp. die Invaliditätsversicherung infolge schlecht angebrachter Sparsamkeit durch Verweigerung eines Apparates unverhältnismässig hohe Summen zur Rentenzahlung aufwendet, und damit den Versicherten, sich selbst und den Steuerzahler schädigt.

Ewald-Hamburg.

53) **Lop** (Marseille). De la Mécanothérapie dans les accidents du travail.

Gazette des hôpitaux. 1909. 90.

Man darf von der Therapie mit Apparaten weder Unmögliches erwarten, noch darf man ihr gänzliche Wertlosigkeit vorwerfen.



Aus der Unzahl von Apparaten empfiehlt L. nur 4: 1. einen Apparat zur Mobilisation des Handgelenks nach Radiusfrakturen und sonstigen Unterarmverletzungen. 2. Fusspendel für Dorsal- und Plantarflexion, 3. Universalapparat für Ellenbogen- und Schultergelenk, 4. Apparat für die Knie. — Alle anderen Apparate (z. B. die von Zander) erscheinen ihm überflüssig. Indikationen und Kontraindikationen sind die allgemein bekannten. Für den Radiusbruch ist die frühzeitige Behandlung mit Apparaten kontraindiziert. Auch nach Fingerpanaritien und Phlegmonen darf man nicht zu viel erwarten, besser ist die Bier'sche Behandlung. Ueber die Erfolge der Mechanotherapie im Allgemeinen spricht sich L. sehr skeptisch aus und teilt seine Resultate mit, die allerdings auffallend schlechte sind: Von 15 Finger- und Handversteifungen blieb bei 10 der Zustand bestehen, bei 26 Schulterverletzungen war das Resultat nur in 5 Fällen befriedigend, unter 36 Handgelenkstraumen war der Erfolg bei 24 = 0 u. s. w. Bei etwa einem Dutzend Verletzten versuchte er die Apparatbehandlung erst drei Monate nach dem Unfall, bei allen ohne jeden Erfolg. Es handelte sich um Versteifungen nach langer (allzulanger) Immobilisation von Frakturen oder Luxationen. (Die meisten Orthopäden dürften weder mit den von L. vorgeschlagenen Apparaten, noch mit der Behandlungsweise (keine Massage, 25—30 Uebungen, tgl. $^1/_4$ Std. (!) lang) einverstanden sein. Die vielen Misserfolge sind nicht der Mechanotherapie zurLast zu legen. (Ref.) **Ewald-Hamburg.**

54) **K. Biesalski** (Berlin). Neue und verbesserte Pendel- und Widerstandsapparate.

Arch. für Orth., Mechanother. u. Unfallchir. 1909. Bd. 8, 1.

B. hat für die von ihm geleitete Krüppelheil- und Erziehungsanstalt Berlin-Brandenburg medico-mechanische Apparate konstruiert, die er einzeln näher beschreibt. Als Prinzipien für alle stellt er folgende Punkte auf: die treibende Kraft ist das Pendel, wobei berücksichtigt wird, dass der Minimal-Widerstand gleich 0 gemacht werden kann, um auch die geringste Muskelenergie benutzbar zu machen. (Anwendung einer zweiseitigen Pendelstange, die ausser dem Hauptgewicht ein Gegengewicht am kurzen Arm trägt.) Alle Apparate sind für jede Körpergrösse anwendbar. Ueberall ist eine möglichst genaue und zuverlässige Fixation möglich, so dass vorgetäuschte Bewegungen unmöglich sind.

Die Apparate werden von der Firma H. Windler, Berlin hergestellt. **Ewald-Hamburg.**

55) **v. Aberle** (Wien). Ueber Krüppelfürsorge in Oesterreich-Ungarn.

Zeitschr. f. orthop. Chirurgie. Bd. XXII, Heft 1—3, S. 375.

In Oesterreich-Ungarn existieren bis jetzt nur 3 Krüppelheime mit im ganzen 92 Betten. Diese Heime gewähren ausser ärztlicher Behandlung Schulunterricht. Die Einrichtung von Werkstätten ist in Aussicht genommen. Mehrere weitere Krüppelheime sind geplant resp. im Bau, auch die vorhandenen werden ständig erweitert.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

56) **A. J. Gillette.** Ueber Orthopäden und Krüppelheime.

Amer. journ. of orth. surg. 1909. Bd. 6. 4.

Zunächst betont der Autor, dass in den Vereinigten Staaten die orthopädischen Abteilungen an den Hospitälern zwar den Anforderungen, die man an sie stellen müsste, genügten, aber nicht gross genug seien, sodass täglich eine Reihe von Behandlungsbedürftigen abgewiesen werden müsste. — Ferner seien eine grosse Reihe von Aerzten, die sich Spezialärzte für Orthopädie nennen, in der Medicomechanik und Apparatotherapie nicht genügend unterrichtet, so dass sie die Hauptarbeit dem Schuhmacher und Bandagisten überlassen müssten. Schliesslich seien viel mehr Krüppelheime zu fordern, die sich die Behandlung, Erziehung und gewerbliche Unterweisung nebeneinander zur Aufgabe machten. Diese Krüppelheime dürften nicht von privater Wohltätigkeit abhängig sein sondern müssten staatlicher Verwaltung unterstehen.

G. schätzt die Anzahl der Krüppel in den Vereinigten Staaten auf 5,040,000.

Ewald-Hamburg.

57) **Lovett** (Boston). Krüppelfürsorge in den Vereinigten Staaten von Amerika.

Zeitschr. f. orthop. Chirurgie. Bd. XXII, Heft 1—3, S. 389.

L. beschreibt kurz die Anstalten der Vereinigten Staaten, welche der Krüppelpflege gewidmet sind. Der grösste Teil wird durch private Wohltätigkeit unterhalten. Bloss 3 Staaten, Minnesota, New-York und Massachusetts, haben staatliche Pflegeanstalten. Teils sind es Schulen, die nur über Tags von den Kindern besucht werden, teils sind es Anstalten für stationären Aufenthalt. In allen wird für ärztliche Behandlung Sorge getragen, vielfach steht diese an erster Stelle. Schulunterricht und meistens auch gewerblicher Unterricht sollen dem Krüppel ausserdem das Fortkommen im Leben erleichtern.

Ottendorff-Hamburg-Altona.



58) **Redard** (Paris). Les traumatismes du rachis dans les accidents du travail.

Ueber Unfallverletzungen der Wirbelsäule.

La médicine des accidents du travail. Bd. 7. Nr. 7. S. 193.

R. bespricht einzelne wichtige Kapitel der Wirbelsäulenverletzungen. Die sog. Kümmellsche Krankheit, von der Verfasser 3 Fälle beobachtete, zeichnet sich dadurch aus, dass nach den ersten Schmerzen zunächst eine Besserung eintritt, dass dann aber allmählich die Erscheinungen, (Deformation der Wirbelsäule, Bewegungsstörungen und Schmerzen) wieder zunehmen. Verf. glaubt, dass in vielen Fällen diese Kümmellsche Krankheit tatsächlich eine echte Spondylitis tuberkulosa sei, die durch das Trauma zum Ausbruch gebracht werde. Die traumatische Hysterie der Wirbelsäule, wie er sie nennt, Railway-Spine hält Verf. für sehr selten. Er selbst hat nur 2 Fälle davon beobachtet. Krümmungen der Wirbelsäule kommen dabei vor in ähnlicher Art wie bei der hysterischen Skoliose. Wichtig für genaue Diagnosenstellung sind auch die Röntgenaufnahmen der Wirbelsäule speziell Blendenaufnahmen der einzelnen Abschnitte. R. gibt noch kurz einige Anmerkungen über die Technik derartiger Aufnahmen.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

59) **Redard** (Paris). Les traumatismes du rachis dans les accidents du travail. (Ueber Unfallverletzungen der Wirbelsäule).

Annales de chirurgie et d'orthopédie. Bd. 22. Nr. 6. S. 161.

Enthält wörtlich dasselbe wie der Artikel in der Medécine des accidents du travail. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

60) **Marcus** (Posen). Zur Behandlung und Begutachtung von Verletzungen des Rückens und der Wirbelsäule.

Monatsschrift für Unfallheilk. und Invalidenwesen 1909. 8.

In den 66 in den letzten 4 Jahren behandelten Fällen von Rückenverletzungen zeigten sich häufig Besonderheiten, die bei anderen Unfallverletzungen ungewöhnlich sind. Der Zustand besserte sich nämlich mit der Zeit nicht, sondern wurde häufig sogar schlimmer, ob nun eine Wirbelverletzung sicher vorhanden war oder nur vermutet wurde oder auch sicher ausgeschlossen werden konnte. Verf. geht auf die Kümmellsche Spätkyphose, auf die Schwierigkeit der Diagnose von Wirbelverletzungen ein, ferner auch auf die Möglichkeit der Entstehung von Deformitäten nach reinen Weichteilverletzungen (Entlastungshaltung, um dem Schmerz zu begegnen)



und auf die Behandlung der verschiedenen Verletzungen. Bei schweren und leichten Wirbelbrüchen fordert er Ruhelage im Streckverband, bis jede Schmerzhaftigkeit auf Druck verschwunden ist, später auf jeden Fall Stützkorsett. Dieses muss auch bei nur vermuteten Wirbelverletzungen sofort nach der Bettruhe angelegt werden. Mit Massage und Uebungen soll erst nach Authören jeglichen Schmerzes begonnen werden. Direkt kontraindiziert ist die medico-mechanische Behandlung bei Kreuzbeintraumen, wo die aus den Kreuzbeinlöchern tretenden Nervenwurzeln gezerrt sind. Direkt indiziert dagegen ist Massage und Uebungen bei sicher reinen Weichteilverletzungen. Bleiben hier jedoch die Schmerzen längere Zeit bestehen, so ist auch hier ein Stützkorsett zu empfehlen. Im Ganzen ist zu fordern, dass jeder — auch der kleinsten Rückenverletzung genügende und fortgesetzte Beachtung geschenkt wird.

3 Krankengeschichten.

I. Mann mit Wirbelbruch, der zeitlebens hohe Rente erhalten muss, weil er nicht rechtzeitig ein Stützkorsett bekommen hat.

II. Mann mit vermutetem, später sichergestelltem Wirbelbruch (spätere Herausbildung einer Kyphose), der noch immer grosse Beschwerden hat, weil er kein Stützkorsett getragen hat.

III. 17 jähriger Lehrling, der sich beim Sturz vom Wagen mehrere Luxationen und Frakturen zuzog, und nachträglich noch eine starke fixierte Kyphoskoliose bekam, die trotz Behandlung nur wenig gebessert werden konnte. Ein Stützkorsett brachte den Mann soweit, dass er den ganzen Tag auf den Beinen sein konnte, wenn auch die Bewegungsfähigkeit in erheblichem Grade behindert war. M. glaubt, dass in diesem Fall sowohl Skoliose als auch Kyphose auf eine reine Weichteilverletzung zurückzuführen ist.

Ewald-Hamburg.

61) **Kofmann** (Odessa). Die Erfahrungen über die Behandlung des spondylitischen Buckels nach Calot.

Zeitschr. f. orthopäd. Chirurgie. Bd. XXII, Heft 1—3, S. 433.

K. hat sowohl an eigenem wie an dem Materiale des Erfinders die Erfolge der Calotschen Methode studiert und empfiehlt auf Grund seiner Erfahrungen diese Art der Behandlung auf das wärmste. Dies jetzt wohl zur Genüge bekannte Verfahren besteht in Anlegung eines Gipsverbandes in ganz geringer Extension und nachfolgendem Redressement des Gibbus durch Wattetamponade von einem über dem Buckel befindlichen Fenster. Verf. glaubt dem Verfahren den unbedingten Vorzug vor der Gipsbettbehandlung zusprechen zu müssen. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.



62) v. **Osten-Sacken** (Petersburg). Ueber Deformierungen des Unterkiefers durch Stützapparate bei Spondylitis.

Zeitschrift f. orthopäd. Chirurgie. Bd. XXIII, Heft 3—4, S. 353.

Durch die Kopfstütze, welche bei hochsitzenden Spondylitiden nicht zu umgehen ist, können unter Umständen Deformierungen des Unterkiefers bewirkt werden. Es genügt dabei schon die Schwere des Kopfes allein, der auf dem Halskragen aufruht. Gefährlich ist vor allem die Zeit vor und während der zweiten Dentitionsperiode. Die Störung besteht in einer Behinderung des Längenwachstums der Mandibula und Verlagerung der Frontzähne nach rückwärts. Bei kyphotischer Haltung ist die Verbildung schlimmer, weil dabei vorzugsweise das Kinn belastet wird. Verf. empfiehlt deshalb Vorsicht im längerdauerden Gebrauch von Kopfstützen und hält die Reklinationsbehandlung für geeigneter.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

63) **Cramer** (Köln). Ueber Rückgratsverkrümmungen bei lumbosakralen Assimilationswirbeln.

Zeitschr. für orthopädishe Chirurgie 22. Bd. 1.—3. H. S. 68.

C. beschreibt eine Anzahl Becken- und Kreuzbeine, bei denen der unterste Lumbalwirbel in seiner Form Uebergänge zum Charakter des Kreuzbeins zeigte. Weitaus die Mehrzahl zeigte diese Entwicklung nur auf einer Seite oder wenigstens auf beiden Seiten in ungleicher Weise. Die asymmetrische Form dieser Wirbel prädisponiert, wie sich auch aus den noch vorhandenen Teilen der Wirbelsäulen feststellen lässt, zur Entstehung einer Skoliose. Verf. glaubt ebenso wie Böhm, dass angeborene Rückgratsverkrümmungen und speziell solche, welche durch lumbosakrale asymmetrische Assimilationswirbel entstehen, keineswegs selten sind.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

64) **Schulthess** (Zürich). Ueber eine Form von Berufsskoliose

Zeitschr. für orthopädische Chirurgie 22. Bd. 1.—3. H. S. 90.

Bei venetianischen Gondolieri fand Verf. relativ häufig eine eigenartige Form der Skoliose (rechts lumbal und links dorsal), die sich ohne weiteres aus der Art des Ruderns mit weit vorgestrecktem linken Arm und weit zurückstehendem rechten Fuss erklärt. Von Interesse ist dabei, dass diese Biegung unter Umkrümmung und Arbeit in bestimmter Stellung entsteht. Es spricht dies auch für die Richtigkeit des Bestrebens, die Skoliose durch Muskelübung in korrigierter Stellung zu beeinflussen.

Ottendorff-Hamburg-Altona.



65) **R. Gaultier** und **D. Baïsoiu** (Paris). Un cas de scoliose tardive dans la paralysie infantile.

Gazette des hôpitaux. 1909. Nr. 74.

Der 32 jährige Metallarbeiter zeigte ausser einem paralytischen, um 3 cm verkürzten rechten Bein, das in frühester Jugend erkrankt war, eine starke linkskonvexe Dorsalskoliose mit Rippenbuckel, die im 16. Lebensjahr, ohne das Allgemeinbefinden zu schädigen, innerhalb fünf Monate, entstanden sein soll. — Da Verff. weder eine Spätrachitis noch statische Momente für die Herausbildung der Skoliose annehmen wollen, kommen sie per exclusionem zu dem Schluss, dass P. im 16. Lebensjahr eine zweite von der ersten völlig unabhängige Poliomyelitis durchgemacht habe (?). Ueber den Muskelbefund am Rücken erfahren wir nichts.

Ewald-Hamburg.

66) **Denis G. Zesas.** Ueber Skoliosen nephritischen Ursprungs (Scoliosis nephritica).

Arch. für Orth., Mechanother. und Unfallchirurgie 1909. Bd. 8. 1.

Ein 17 jähriges Mädchen, das seit 2 Jahren an „Nierenschmerzen“ leidet und sich daran gewöhnt hat, bei den Schmerzanfällen ihren Oberkörper stark nach rechts zu neigen, behielt diese Seitwärtsneigung schliesslich bei, weswegen sie zum Verfasser in Behandlung kam. Ther.: Darreichung von Magnesia boro-citrica, wodurch die Nierenaffektion geheilt wurde, Massage, Redressement und Kriechen nach Klapp, wonach die Dorsolumbalskoliose verschwand. — Besprechung der reflektorischen Skoliose.

Ewald-Hamburg.

67) **O. Vulpius** (Heidelberg). Vor und zurück in der Skoliosenbehandlung.

Münch. med. Wochenschrift 1909. Nr. 37.

V. steht auf dem Standpunkt, dass weder der Schule noch dem Laien die Skoliosenbehandlung überlassen werden dürfe: Die Schule mit ihrem „orthopädischen Turnen“ kann ebensoviel Unheil anrichten wie das bei den Eltern jetzt so beliebte Kriechen nach Klapp. — Was das forcierte Redressement und Gipsverbandbehandlung anlangt, so steht fest, dass eine erhebliche Korrektion der Deformität erreicht werden kann, dass aber zum Dauererfolg eine lange in allen Teilen sorgfältig geregelte Nachbehandlung gehört. Daneben kommt das Tragen eines gutsitzenden Stützkorsetts in Frage, das allerdings nur während des Sitzens getragen werden soll.



Mit den Resultaten kann man im Verhältnis zu der Mühe nicht recht zufrieden sein, namentlich deswegen nicht, weil die Kinder nicht lange genug in den orthop. Anstalten bleiben. Verf. rät daher, zwischen den Turnunterricht Schulstunden einzuschalten, wie das früher in angesehenen Skolioseninstituten üblich war. Dadurch würden die Kinder in der geistigen Ausbildung nicht zurückbleiben und andererseits längere Zeit wie bisher in der Anstalt behandelt werden können. **Ewald**-Hamburg.

68) **Schanz** (Dresden). Korrektionsresultate an schweren Skoliosen.

Zeitschr. für orthopädische Chirurgie 22. Bd. 1.—3. H. S. 57.

Zur weiteren Verbesserung der durch Redressement und Gipsverband erzielten Korrektionresultate bei schweren Skoliosen hat Sch. noch einen portativen Apparat zugefügt, der eine dauernde Extension des Kopfes und eine Detorsion des Rumpfes bewirkt. Die Vorrichtung wird dauernd getragen und Nachts durch ein Gipsbett gleichfalls mit Streckvorrichtung versehen ersetzt. Verf. rühmt diesem Verfahren gute und zwar dauernde Erfolge nach und demonstriert die fortschreitende Besserung an serienweise aufgenommenen Photographien. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

69) **G. Müller** (Berlin). Die Kriechkur in der Skoliosenbehandlung.

Mediz. Klin. 1909. 31.

Unter Anerkennung des relativen Werts der Kriechbehandlung nach Klapp wendet sich M. gegen dessen einseitige Methode und gegen seine „fast vollkommene Verschmähung des Stützkorsetts“. Er hält dieses für die Schule direkt für notwendig, ebenso wie das Gipsbett für die Nacht! Nur dadurch können unzweckmässige Haltungen vermieden werden.

Die Forderung einer Behandlung des allgemeinen Körperzustandes ist selbstverständlich. **Ewald**-Hamburg.

70) **Feuchtwanger.** Ueber Kompressionsmyelitis des Halsmarks durch ein Fibrosarkom der Dura mater.

Diss. München. 1909.

In dem vorliegenden Falle waren die intra vitam auftretenden Symptome so wenig charakteristisch für die Annahme eines Tumors der Rückenmarkshäute, dass trotz einer sehr langen Verlaufsdauer



die Diagnose auf einen solchen nicht gestellt wurde. Man nahm zweimal Syringomyelie, einmal Myelitis an. Erst die Obduktion ergab den überraschenden Befund einer Geschwulst und zwar handelte es sich, wie die Untersuchung ergab, um ein Fibrosarkom.

Blencke-Magdeburg.

71) **Schmotkin.** Zur Kenntnis der posttraumatischen Syringomyelie.

Diss. Leipzig 1909.

S. berichtet über einen Fall von posttraumatischer Syringomyelie, den er in der medizinischen Klink zu Leipzig zu beobachten Gelegenheit hatte und bei dem es sich nach seiner Ansicht nur um eine Syringomyelie handeln konnte, wenn auch der betr. Fall nicht ganz zum schulmässigen Typus gehörte. Der Fall war insofern noch interessant, als eine Myositis ossificans an den Armen vorhanden war, die er mit der Syringomyelie in Zusammenhang bringen zu müssen glaubt. Wenn man berücksichtigt, das in denjenigen Fällen, in denen es sich um Myositis ossificans traumatica allein handelt, fast ausschliesslich die unteren Extremitäten befallen werden, in den Fällen aber, bei denen sich Syringomyelie zugesellt, die oberen Extremitäten erkranken, so kann nach Meinung des Verf. diese Aenderung der Lokalisation dadurch erklärt werden, dass die Syring. superior viel häufiger vorkommt als die Syring. inferior.

Blencke-Magdeburg.

72) **Förster** (Breslau). Ueber eine neue operative Behandlung spastischer Lähmungen mittels Resektion hinterer Rückenmarkswurzeln.

Zeitschr. f. orthop. Chirurgie. Bd. XXII, Heft 1—3, S. 203.

Den spastischen Lähmungen liegt ein pathologisch gesteigerter Reflexvorgang zu Grunde, der die befallenen Muskeln im Zustande der Kontraktur erhält. Verf. ist deshalb auf den Gedanken gekommen, diesen Reflexbogen operativ zu durchtrennen. Da die motorische Bahn erhalten bleiben muss, so kommt nur der entsprechende sensible Teil in Frage. F. hat deshalb gemeinschaftlich mit Prof. Tietze-Breslau den Versuch gemacht, durch Resektion der entsprechenden sensiblen hinteren Wurzeln die Reflexerregbarkeit der spastisch erkrankten Muskeln herabzusetzen. Die Erfolge spez. bei zerebralen spastischen Paraplegien waren bemerkenswert, doch ist der Operationsplan (Feststellung der zu resezierenden Wurzeln) und auch die Ausführung des Eingriffes nicht gerade einfach zu nennen.

Ottendorff-Hamburg-Altona.



73) **J. Weinstein** (New-York). Ueber Schiefhals nach Entfernung der Wucherungen des Nasenrachenraums.

Mediz. Klin. 1909. Nr. 19.

Der äusserst schmerzhafte Torticollis trat nach der üblichen Entfernung der Rachenmandel mittels des Gottstein'schen Messers auf. Der sternocleidomastoideus war als stark vorspringender Strang unter der Haut zu fühlen. Nach 8—14 Tagen trat vollkommene Heilung ein. Die Ursache der Affektion ist mit Sicherheit nicht anzugeben. (Ruptur des Muskels beim Halten während der Operation?) **Ewald**-Hamburg.

74) **Miramond de la Roquette** (Nancy), Etude anatomique et mécanique de la ceinture scapulaire.

Revue d'orth. 1909. Nr. 4.

Studie über das mechanische Zusammenwirken der Schultergürtelkomponenten, genaue anatomische Beschreibung der Scapula, Clavicula, der Gelenke und Bänder und Muskelverbindungen der Schulterknochen mit dem übrigen Körper und untereinander, zum Schluss der Bewegungsexkursionen in den einzelnen Gelenken. (Auf Einzelheiten einzugehen erübrigt sich bei der Fülle guter deutscher anatomischer und chirurgischer Handbücher. Ref).

Ewald-Hamburg.

75) **Max Jerusalem.** Die Stauung des Schultergelenkes.

Wien. med. Woch. Nr. 26.

Verfasser betont die Schmerzlinderung durch Stauung bei Verletzungen, besonders bei periartikulären Hämatomen. Die erwünschte Wirkung bleibt aus, wenn man unmittelbar nach der Verletzung die Stauung einleitet. Eine anscheinend recht brauchbare Modifikation der von Bier selbst angegebenen Schulterstauungsbinde wird beschrieben und abgebildet. **Spitzy**-Graz.

76) **Vegas** und **Jorge** (Buenos-Ayres). Fractures de l'omoplate chez les enfants.

Revue d'orthop. 1909. Nr. 3.

Ein vierjähriges Kind erlitt durch Fall aus 12 m Höhe einen rechtsseitigen Skapularbruch; es zeigten sich sämtliche Symptome einer Fraktur, insbesondere Crepitation und functio laesa. Fixierender Verband in möglichst korrigierter Stellung, komplette Heilung nach 4 Wochen. **Ewald**-Hamburg.



77) **G. Schichhold** (Spremberg). Eine einfache Behandlungsmethode der Schultergelenksluxationen.

Mediz. Klin. 1909. Nr. 15.

Pat. sitzt, der Arzt steht auf der Seite des luxierten Arms, nimmt diesen zwischen die Beine, so dass er damit einen Zug nach seitlich-unten ausüben kann. Dadurch werden die Muskeln und Bänder des Schultergürtels entspannt. Mit den Händen wird der Humeruskopf in die Pfanne gedrückt. Von einem Assistenten wird Clavicula und Scapula während der Manipulation fixiert.

Ewald-Hamburg.

78) **Leop. Freund** (Wien). Zur Klinik der traumatischen Erkrankungen der Bursa acromialis.

Mediz. Klin. 1909, 11.

Eine Frau hatte nach grösserer Anstrengung mit den Armen grosse Schmerzen in einer Schulter bekommen, ausserdem Bewegungsbeschränkung. Das Röntgenbild ergab einen Schatten oberhalb des Humeruskopfes; wie ein Röntgenbild einer mit Zinnoberkreide injizierten Bursa subacromialis an der Leiche ergab, handelte es sich um Entzündung und Kalkablagerung in dem genannten Schleimbeutel. Auf Ruhigstellung, spätere Massage, Heissluft und Uebungen verschwand der Schatten und die Schmerzhaftigkeit.

Ewald-Hamburg.

79) **K. Lengfellner** u. **F. Frohse.** Die operative Behandlung der Deltoideuslähmung.

Mediz. Klin. 1909. 34.

Verf. beschreiben ihre verschiedenen Operationsmethoden.

I. Muskelüberpflanzungen.
Ersatz des Deltoideus durch pectoralis major oder trapezius oder levator scapulae oder teres major, dessen Ursprung und Ansatz allerdings versetzt werden müsste.

II. Nervenüberpflanzungen.
Transplantation des N. subscapularis auf den gelähmten Axillaris (dadurch wird allerdings teres major ausgeschaltet), Verpflanzung des V. auf den VII. Zervikalnerven.

Verf. geben den Rat, „ohne Zaudern an die operative Behandlung einer Deltoideuslähmung heranzutreten“.

Ewald-Hamburg.



80) **Chaput** (Paris). Appareil simplifié pour les fractures du corps de l'humérus.

Ein einfacher Apparat zur Behandlung der Brüche des Humerusschaftes.

La médecine des accidents du travail. Bd. 7. Nr. 1. S. 25.

Ch. hat eine Vorrichtung angegeben, bestehend aus einer Binde, die in Form einer Acht den Oberarm und Unterarm umgibt, an welch letzteren man beim stehenden Patienten ein Gewicht anhängt, beim liegenden einen Extensionszug befestigt. Die Hand wird durch eine Binde gehalten, sodass der Unterarm senkrecht zum Oberarm zu stehen kommt. Ch. hat mit diesem einfachen Apparat in 15 Fällen gute Erfolge erzielt. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

81) **Robert C. Porges.** Naht des Nervus medianus ein Jahr nach der Verletzung.

Wien. klin. Woch. Nr. 30.

Anschliessend an die Aeusserungen mehrerer Autoren bringt P. einen Fall aus seiner Praxis, welcher bei sekundärer Nervennaht einen recht guten Erfolg zeigte. Er rät in jedem Falle von Nervendurchtrennung die primäre, eventuell sekundäre Nervennaht zu versuchen. **Spitzy**-Graz.

82) **Perrin** (Paris). Les fractures du cubitus, accompagnées de luxation de l'extrémité supérieure du radius.

Revue d'orth. 1909. Nr. 4.

P. hat aus der Literatur 109 Fälle von Ulnafraktur, die mit einer Luxation des Radiusköpfchens vergesellschaftet waren, zusammengestellt. Auffallend häufig wurde bei der ersten Untersuchung nach dem Unfall die Radiusluxation übersehen, weshalb dann die Ulnafraktur nicht oder doch schlecht konsolidierte, so dass 25 mal ein blutiger Eingriff erforderlich war. Es ist also wichtig, sofort die richtige Diagnose Fraktur und Luxation zu stellen. P. beschreibt genau die Symptome bei der frischen Verletzung (Konstatierung der falschen Stellung des Radius!) und fordert in jedem Fall von Vorderarmfraktur mit Schwellung der Ellenbogengegend eine genaue Untersuchung dieses Gelenks, sowie bei jeder festgestellten Radiusluxation eine Untersuchung, ob nicht auch die Ulna frakturiert ist (Röntgenbild!) — Am wichtigsten für die spätere Funktion, also auch für die Behandlung ist die Radiusluxation, nach deren Reposition sich die Ulnafraktur von selbst richtig stellt. Die Einrenkung des Radius ist so wichtig, dass man die Luxation sofort blutig reponieren soll, wenn man auf blutigem Wege nicht zum



Ziele kommt. Reiten dann noch die Fragmente der Ulna aufeinander oder haben sich Weichteile interponiert, so kann man die Ulnafraktur gleichzeitig nähen.

Bei veralteten Fällen sind drei Möglichkeiten denkbar: Die Radiusluxation besteht 1) bei gut, 2) bei schlecht, 3) bei nicht zusammengeheilter Ulnafraktur. Die Folgen der unreponierten Luxation können sein: Arthritis deformans des Ellenbogengelenks (viermal), Radialislähmung (sechsmal).

Die Behandlung in diesen veralteten Fällen besteht bei Kindern bis zum 13. Jahr in Mobilisation des Ellenbogengelenks, bei älteren Patienten in Mobilisation oder Resektion des Radiusköpfchens. Die Arthrotomie ist nicht oft von Erfolg begleitet (Reluxation des Köpfchens!) und wenn die Ulna mitfrakturiert ist, kontraindiciert, weil letztere in diesen Fällen immer mit Verkürzung ausheilt. Die Resektion des Radiusköpfchens ist achtmal gemacht worden, funktionell immer mit sehr gutem Erfolg. In vier Fällen war die Ulnafraktur dislociert geheilt und hinderte dadurch die Drehbewegungen der Hand. Hier reichte nicht etwa die Osteotomie der Callusstelle aus, sondern man musste die Resektion des Radiusköpfchens hinzufügen. — Dreizehnmal kam es zur Ulnapseudarthrose, in den 7 Fällen, die operativ behandelt wurden (Bolzung, Verklammerung, Naht), kam es nur dreimal zur Konsolidation.

Ewald - Hamburg.

83) **Schwenk** (Breslau). Die Luxatio cubiti posterior in ihrer Beziehung zur Fraktur des Processus coronoideus ulnae, zum Mechanismus der Reposition und zur Frage der Knochenneubildung im Ellenbogengelenk.

Deutsche med. Wochenschr. 1909. Nr. 12. S. 534.

Ist bei der Luxation des Vorderarms nach hinten der Prozessus coronoideus der Ulna abgebrochen, so gelingt die Reposition leicht durch Hyperflexion oder Zug am Vorderarm. Ist dagegen der Proc. coronoid. erhalten geblieben, so ist zur Wiedereinrenkung zunächst Hyperextension des Ellenbogengelenks und dann Flexion nötig. Die bei diesem Verfahren eintretenden stärkeren Kapselrisse geben die Veranlassung zur Bildung von Verknöcherungen der Kapsel, die dann als Myositis ossificans aufgefasst werden können. Verf. empfiehlt daher nach der Reposition einer Ellenbogenluxation mit Fraktur des Proc. coronoid. das Gelenk ruhig zu stellen, um möglichst jeden Reiz, der zur Knochenbildung Anregung geben könnte, zu vermeiden. Sch. schlägt auch vor, bei erhaltenem Proc. coronoid.



vor der Reposition diesen Knochenvorsprung abzumeisseln, um das Trauma der Wiedereinrenkung möglichst gering zu halten.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

84) **Bettmann** (Leipzig). Wann ist operatives Vorgehen bei veralteten Querfrakturen des Olecranon mit starker Diastase der Bruchstücke anzuwenden?

Monatsschrift f. Unfallheilkunde und Invalidenwesen 1909. 9.

Sicher ist in einer Reihe von Fällen ein gutes funktionelles Resultat auch ohne knöcherne Verheilung des Olecranonbruchs möglich. Doch ist genaue Adaption der Bruchstücke wie bei jedem anderen Bruch in jedem Fall zu wünschen, da man nie weiss, ob die Funktion später durch die Diastase nicht beeinträchtigt wird. In veralteten Fällen sollte immer dann operiert werden, wenn eine erhebliche Streckschwäche vorliegt. B. schildert an einem Fall seine osteoplastische Methode: er frischt das obere Bruchstück an und nagelt es auf die angefrischte Hinterfläche der Ulna. Der Späterfolg war ein guter.

Ewald-Hamburg.

85) **P. Glässner** (Berlin). Zur Behandlung der typischen Radiusfraktur.

Mediz. Klin. 1909. 30.

Ohne die funktionelle Behandlung (Lucas-Championnière) oder die Flanellbindenbehandlung (Lexer) zu wideraten, empfiehlt S. das an der Hildebrandschen Klinik übliche alte Königsche Verfahren, dessen gute Erfolge er an der Zusammenstellung und teilweisen Nachuntersuchung der letzt behandelten 100 Radiusfrakturen konstatieren konnte: gewaltsame schnelle Dorsalflexion zur Lockerung der Fragmente (auch bei älteren disloziert verklebten Frakturen anzuwenden!), sofortige Reposition der Hand in Flexion, Pronation und ulnarer Abduktion, Gipsverband von den Metacarpalia bis zum Ellenbogen (Finger frei!), nach 8—10—12 Tagen Massage und Uebungen. Schon nach 3 Wochen tägliche Verrichtungen, nach 4 Wochen einfache Arbeit. — Ein Vorzug dieser Behandlung ist exakte Reposition und Verheilung, trotzdem frühe funktionelle Behandlung.

Ewald-Hamburg.

86) **L. Dubreuil-Chambardel.** Les clinodactylies, Camptodactylie, déviations des doigts en varus et valgus.

Gazette méd. du Centre. 1908 (IV—VII). ref. in Gaz. des hôpitaux. 1909, 101.

Die Camptodaktylie (Flexionskontraktur) hat Verf. bei einer Untersuchung von mehr als 300 Individuen in 13 % aller Fälle



gefunden. Gewöhnlich ist der kleine Finger an beiden Händen befallen.

Als Ursache ist Neuro-arthritis (?), Tuberkulose, Sklerose auf entzündlicher Basis beschuldigt worden. Nach Verfasser handelt es sich um eine leichte anatomische Variation des Köpfchens der Grundphalanx und um eine Biegung der Grundphalanx. —

Unter den Klinodaktylien ist die Varusstellung des kleinen und des Ringfingers, sowie der Index valgus am häufigsten, Daumendeformitäten sind sehr selten. — Alle Missbildungen sind hereditär, kongenital, häufig vergesellschaftet mit Zehendeformitäten.

Ewald-Hamburg.

87) **Muskat** (Berlin). Angeborene familiäre Kontraktur des kleinen Fingers.

Mediz. Klin. 1909. 39.

Von mehreren Autoren ist die Kontraktur über mehrere Generationen verfolgt worden. M. teilt eine Anzahl von Fällen mit, wo erbliche Kontrakturen des Mittelgelenks des kleinen Fingers vorlagen. An den Röntgenbildern hat sich gezeigt, dass nicht nur eine Schrumpfung der Weichteile vorliegt, sondern auch eine Veränderung in den Gelenken selbst: das proximale Gelenkende der Mittelphalanx ist nach der Volarseite zu verschoben. In noch vorgeschritteneren Stadien können sogar Knochenwucherungen an den Gelenkenden auftreten.

Ewald-Hamburg.

88) **Kraemer** (Frankfurt). Ein Beitrag zum Abriss der Streckaponeurose der Finger und dessen Behandlung.

Deutsche med. Wochenschrift 1909. Nr. 14. S. 632.

In dem K.'schen Falle wurde durch Anlegung eines Stärkeverbands mit Dorsalschiene, die das flektierte Endglied in Streckstellung resp. später in Ueberstreckung hielt, im Zeitraum von ca. 14 Tagen Heilung erzielt. Zur Sicherung des Resultates wurde noch 14 Tage lang ein Glacélederdäumling mit dorsal eingenähten Stahlschienchen getragen.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

89) **Harrihausen.** Der schnellende Finger.

Deutsche militärärztliche Zeitschr. H. 12. 09.

Bei dem mitgeteilten Falle fand sich bei der Operation ein etwa hanfkorngrosses Knötchen auf der tieferen Beugesehne, das sich mikroskopisch als reines Knorpelgewebe erwies, das nach Verfs. Ansicht auf Keimverlagerung zurückzuführen ist. Das späte Wachstum ist wahrscheinlich durch ein Trauma bedingt. Verf. empfiehlt

bei dem Leiden zunächst eine mechanische Behandlung mit Massage, Uebungen, Handbädern zu versuchen und, wenn keine Besserung nach etwa Monaten eintritt, operativ vorzugehen.

Meyer-Heidelberg.

90) **Pürkhauer** (München). Ueber congenitalen Femurdefekt.

Zeitschr. für orthopädische Chirurgie. Bd. 23, H. 3—4, S. 368.

In dem einen von P. berichteten Falle fand sich ein völliges Fehlen des oberen Femurabschnittes, in dem anderen eine Wachstumsverkürzung des Femur mit Knickung und Verdickung der Kortikalis in der Mitte der Diaphyse. Verf. hält für möglich, dass amniotische Verwachsungen an dieser Stelle die Ernährung und das Wachstum des Knochens geschädigt haben könnten.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

91) **Aug. Fischer** (Darmstadt). Ueber schwere Beckenluxationen und Verletzungen der umgebenden Weichteile: typische Rodelverletzungen.

Zentralbl. für Chir. 1909. 38.

Ein mit sechs Männern bemannter Bobsleigh fuhr in voller Fahrt gegen einen Baumstamm. Der Vordermann war sofort tot, die drei nächstfolgenden Verletzten wiesen dieselben Schädigungen auf, um so mehr, je weiter nach vorn sie gesessen hatten: Blutunterlaufungen in beiden Schenkelbeugen, am Damm und Skrotum (dessen Haut zweimal eingerissen war, so dass ein Hodenvorfall bestand!), ferner Klaffen der Symphyse und Verschiebung des Kreuzbeins nach vorn. Die Verletzung ist dadurch zustande gekommen, dass bei dem heftigen Aufeinanderfahren der Hintersitzende mit den vorderen Beckenteilen dem Vordermann auf das Kreuzbein auffuhr. Zwei von den Verletzten starben nach einigen Tagen an Shok und Sepsis.

Ewald-Hamburg.

92) **R. Felten** (Wismar). Luxation einer Beckenhälfte; Heilung. Osteomyelitis als Spätfolge des Unfalls.

Monatsschrift für Unfallheilkunde und Invalidenwesen. 1909. 10.

Ein 23 jähriger Mann erlitt eine schwere Beckenverletzung durch Ueberfahrenwerden; er musste seitdem hinken, weil das linke Bein kürzer war, hat aber 9 Wochen nach dem Unfall die volle Arbeit wieder aufgenommen: 4 Jahre später löste ein unbedeutendes Trauma an der verletzten Beckenseite eine Osteomyelitis aus, die von einem infizierten abgesprengten Knochenstück des aufsteigenden Schambeinastes ausging. Das Röntgenbild zeigte eine völlige



Luxation (hinten und an der Symphyse!) der linken Beckenhälfte. — Die Osteomyelitis muss mit dem um 4 Jahre zurückliegenden Unfall in ursächlichem Zusammenhang stehend angenommen werden.

Ewald-Hamburg.

93) **L. Lamy** (Paris). Coxalgie gauche chez un enfant de 3 ans.

Revue d'orth. 1909. Nr. 4.

Bei dem dreijährigen Jungen zeigen die zwei Röntgenbilder, die in einem Zwischenraum von drei Monaten aufgenommen waren, ein äusserst rapides Fortschreiten der Knochendestruktion durch den tuberkulösen Prozess, der den Kopf und Hals des Femur fast ganz zum Verschwinden gebracht und eine Luxation herbeigeführt hatte.

Ewald - Hamburg.

94) **Markus** (Posen). Ueber Knieschmerzen bei Hüftgelenksleiden.

Monatsschrift für Unfallheilkunde und Invalidenwesen. 1909. Nr. 9.

Ein 20j. bisher gesundes Mädchen fällt auf ein Knie und klagt seitdem über Schmerzen im Kniegelenk. Sie wurde deswegen mehrfach untersucht, doch wurde erst drei Jahre später als Ursache der bleibenden Schmerzen eine Coxitis festgestellt. M. glaubt, dass diese nach dem Unfall entstanden und ursächlich auf denselben zurückzuführen ist. Die Coxitis ist wahrscheinlich nicht tuberkulöser, sondern rein traumatischer (?) Natur.

Ewald - Hamburg.

95) **A. v. Lichtenberg** (Strassburg). Ueber eine zweckmässige Form der Behandlung der Kontraktur bei der tuberkulösen Hüftgelenksentzündung.

Münch. med. Woch. 1909, 37.

Der Patient kommt auf die von Dollinger angegebenen Lagerungsstangen zu liegen, wo zunächst das Becken mit einem Gipsverband fixiert wird. In der Höhe des Hüftgelenks befindet sich an den Lagerungsstangen ein Kugelgelenk, das sog. Stützstangen trägt, die der jeweiligen Kontrakturstellung des Beines angepasst werden können. Nach Fixation des Beckens gelingt es ohne Narkose und Schmerzen leicht, mit Hilfe dieser im Kugelgelenk beweglichen Stützstangen, dem Bein die richtige Stellung zu geben, worauf es mit dem Gipsverband fixiert wird. Keine Reaktion nach dem Redressement. Diese Methode der Verbandanlegung ist in der Madelung'schen Klinik auch bei der kongenitalen Hüftluxation im Gebrauch.

Ewald - Hamburg.



96) **v. Baeyer** (München). Die Bedeutung des Bandapparates am Hüftgelenk für die Mechanik der Coxa vara.

Zeitschr. f. orthop. Chirurgie. Bd. XXI, Heft 4, S. 513.

Verf. hat bei seinen Untersuchungen am normalen Hüftgelenk das Vorhandensein eines bisher nicht beschriebenen Verstärkungsbandes der Hüftgelenkkapsel festgestellt, das er nach seinem Verlauf als Lig. ischiofemorale anterius bezeichnet. Seiner Lage nach muss dieses Band bei der starken Flexionsstellung der Foetalhaltung die Ausrenkung des Kopfes nach unten verhindern. Das Ligamentum ischiofemorale anterius, welches für gewöhnlich der Extension ein Ziel setzt, wird bei Coxa-varastellung entspannt, wodurch sich die Hyperextension bei dieser Deformität erklärt. Das Lig. teres spielt dabei keine Rolle. Die verminderte Beugefähigkeit ist dadurch begründet, dass die Ansatzpunkte des Lig. ileofermorale superius sich bei Coxa-vara-Bildung in der Weise ändern, dass bei Flexion eine frühzeitigere Anspannung und damit eine Hemmung eintritt. Die Abduktionsbehinderung ist durch knöcherne Widerstände verursacht. Das Lig. ischiofemorale post. lässt nur eine verringerte Innenrotation zu, während das relativ länger gewordene Lig. pubocapsulare eine grössere Aussenrotation gestattet.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

97) **K. Waegner** (Charkow). Fehldiagnose bei Schenkelhalsbrüchen.

Monatsschr. f. Unfallheilkunde und Invalidenwesen. 1909. Sept.

Zwei Fälle, in denen die Fraktur nicht erkannt wurde und deshalb unbehandelt blieb. Die Röntgenbilder zeigen deutlich die nicht verheilte Fraktur mit dislozierten Bruchenden. Callusmassen sind nicht zu entdecken, weshalb man einen intrakapsulären Bruch annehmen muss. Die grosse Beweglichkeit des Beines in der Hüfte (nur Abduktion ist behindert) beweist die Pseudarthrose, denn bei fest verheiltem Bruch wäre das Hüftgelenk steif.

W. fordert: „Die Untersuchung, Behandlung und Begutachtung Unfallverletzter sollte in den Händen geschulter Unfallärzte liegen.“

Ewald-Hamburg.

98) **Carleton P. Flint.** Operative Behandlung der Schenkelhalsfrakturen beim Erwachsenen.

Annal. of surg. 1908, Nov. (Gazette des hôpitaux, 1909, 101.)

Im hohen Alter soll man die Schenkelhalsfrakturen nicht operativ behandeln.



Bei jungen Leuten ist bei eingekeilter Fraktur, wenn Schmerzen und Schwäche lange anhalten, die subtrochantere Osteotomie zu machen. Bei sehr starker Deformation muss der Kopf reseziert werden.

Bei nicht eingekeilten Frakturen ist erst durch Gipsverband zu versuchen, in richtiger Stellung eine Heilung zu erreichen; ist die Konsolidation aber nach 2—3 Monaten nicht eingetreten, so soll bei kleinem Gelenkfragment reseziert, bei grossem genagelt werden. Zum Nageln soll man Rinderknochen nehmen, der in 10 Monaten resorbiert ist; Metallnägel müssen immer extrahiert werden. Später muss mindestens ein Jahr lang immobilisiert und entlastet werden. Bei der Operation findet man oft Cysten, wie bei alten Frakturen. Diese Cysten haben die Vereinigung verhindert. — Bezüglich des Erfolgs ist zu sagen, dass die Resektion bei jungen wie bei alten Patienten das beste Verfahren ist.

Verf. geht immer folgendermassen vor: er versucht zunächst die unblutige Konsolidation; misslingt diese, so nagelt er, wenn er kann, da bei dieser Methode das Hüftgelenk beweglich bleibt. Kann er nicht, so reseziert er das Gelenkfragment und erstrebt eine Ankylose. Bei alten, kräftigen Leuten operiert er sofort.

Ewald-Hamburg.

99) **Lorenz** (Wien). Grundsätze der Behandlung veralteter traumatischer Hüftgelenksverrenkungen.

Zeitschr. f. orthop. Chirurgie. Bd. XXII, Heft 1—3, S. 287.

Die schlechten Erfolge der blutigen Reposition der veralteten traumatischen Hüftluxation haben den Verf. dazu geführt, in einem Falle, in dem die unblutige Reposition unmöglich war, die Transposition des Schenkelkopfes zu versuchen. Es gelang auch, die Transposition auf die Gelenkpfanne zu erreichen und das Endresultat war, nachdem Druckschwund der interponierten Teile eingetreten war, eine tatsächliche Einstellung des Kopfes in die Pfanne. L. rät dazu, in jedem Falle von irreponibler veralteter traumatischer Hüftluxation statt der blutigen Einrenkung lieber die Transposition sub spinam oder womöglich auf die Pfannengegend zu machen, da dies Verfahren weniger gefährlich für den Patienten und sicherer im Erfolge sei.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

100) **Joachimsthal** (Berlin). Die angeborene Hüftgelenksverrenkung als Teilerscheinung anderer angeborener Anomalien.

Zeitschr. für orthopädische Chirugie 22. Bd. I.—3. H. S. 31.

J. hebt hervor, dass die mit anderen Anomalien vergesell-



schaftete Hüftluxation eine relativ gute Heilungstendenz bei Behandlung im geeigneten Alter zeige. Verfasser hat eine derartige Kombination anderer Deformitäten mit Lux. cox. cong. verhältnismässig häufig beobachtet. Auch die Verrenkungen anderer Gelenke (Knie und Radiusköpfchen) waren nicht so sehr selten festzustellen. Klumpfüsse, Defekt und Spaltbildungen der unteren Extremität konnte J. in einzelnen Fällen zugleich mit der Hüftverrenkung beobachten. In 2 Fällen fand sich die Lux. cox. cong. zugleich mit Spina bifida occulta. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

101) **Gocht** (Halle). Weitere pathologisch- anatomische Untersuchungen aus dem Bereiche des kongenital verrenkten Hüftgelenks.

Zeitschr. für orth. Chirurgie 22. Bd. 1.—3. H. S. 252.

Nach G.'s Untersuchungen hält der Fötus in utero seine Hüftgelenke normaler Weite in Flexion, Adduktion und Aussenrotation. Ist ausnahmsweise eine Innenrotation vorhanden, so entsteht dadurch eine Anteversion des oberen Femurendes, die nicht mit einer Anteversion des Schenkelhalses zu verwechseln ist. Im Gegenteil kann bei starker Anteversion des Femurschaftes eine Retroversion des Kopfes und Halses bestehen. Findet die Luxation bereits im 3.—4. Fötalmonat statt, so ist infolge der Dünnheit der zwischen gelagerten Kapsel die Bildung einer Nearthrose leicht, später verhindert die stärker entwickelte Kapsel die Entstehung einer neuen Gelenkpfanne. Die Untersuchung eines Beckenpräparats einer 4 jährigen Luxation ergab, dass das Ligament. ileofemorale sup. stark verkürzt ist und sich bei allen ausgiebigen Bewegungen des Hüftgelenks anspannt. Ferner, dass rechtwinklige Beugung und Auswärtsrotation bei starker Abduktion die geeignetste Position zur Reposition und Retention des Kopfes darstellen.

Ottendorff-HamburgAltona.

102) **Horváth** (Budapest). Beiträge zur Pathologie und Therapie der angeborenen Hüftverrenkung.

Zeitschrift f. orthop. Chirurgie. Bd. XXII, Heft 4, S. 441.

H. hat an Präparaten von normalen und Luxationsbecken eine grosse Reihe von Röntgenaufnahmen gemacht. Um die Lage der einzelnen Teile im Bilde genau feststellen zu können, hat er sie am Präparat durch Metallnadeln und Drähte sowie durch Gips bezeichnet, auch einzelne Teile des Beckens zu dem Zwecke entfernt. Dach und Vorderrand der Wölbung werden danach auch

bei jüngeren Kindern im Röntgenbilde gut dargestellt, Vorder- und Hinterrand weniger genau. Der knöcherne Teil der Pfanne würde für den Halt des Kopfes nicht genügen, möglich ist es nur durch den knorpligen Anteil. Die sog. Thränenfigur des Röntgenbildes ist der Ausdruck des Recessus acetabuli, wie bereits von Reiner und Werndorff festgestellt wurde, und lässt sich zur Messung der Dicke des Pfannenbodens verwerten, zur Feststellung der Pfannentiefe ist das Röntgenbild wenigstens bei jüngeren Kindern nicht geeignet. Bei dem Becken eines 2 jährigen Kindes (Präparat) ergab die anatomische Untersuchung verhältnismässig geringe Veränderungen am Becken, sehr starke aber an den Pfannen.

In 8 Fällen von den 125 des Verfs. ergab die Anamnese aus der Säuglingszeit Kontrakturen des Beines, welches sich später als verrenkt herausstellte. Verf. erklärt diese Kontrakturen und damit auch die Hüftverrenkung als durch intrauterinen Druck entstanden und stellt die Vermutung auf, dass auch bei den anderen Fällen derartige intrauterine Belastungsdeformitäten bestanden haben könnten, die aber postfötal bereits verschwunden seien. Einen weiteren Beweis für die mechanische Entstehung der Lux. cox. cong. findet Verf. darin, dass die gleichen Veränderungen der Pfanne sich sowohl bei der angeborenen Verrenkung als auch bei anderen Affektionen zeigen, bei welchen der Kopf in der Pfanne fehlt, so bei experimenteller Resektion des Femurkopfes bei Luxationen, bei spastischen Kontrakturen (Little). Ausser der Verdickung des Pfannenbodens handelt es sich auch um das längere Bestehen oder die grössere Breite der knorpeligen Verbindung zwischen dem Ramus ascendens des Sitzbeins und dem Ramus descendens des Schambeins am unteren Rande des Foramen obturatorium. Verf. konnte sogar bei einer Luxation, die sich bei einem Falle Littlescher Krankheit entwickelte, das allmälige Entstehen der Pfannenveränderung feststellen. H. ist deshalb der Ansicht, dass die Pfannenveränderungen sekundärer Natur sind, und dass die Kraft, die den Kopf aus der Pfanne treibt, ausserhalb des Gelenkes zu suchen sei. Die schon von anderen angegebene Steilheit des Pfannendaches, fand auch Verf. bestätigt, doch glaubt er die Steilheit des Pfannendachs, die andere auch auf der klinisch gesunden Seite beobachteten, als physiologisch, dem Alter des Kindes entsprechend, deuten zu müssen, da er vom 6. Jahre ab bei klinisch normalen Gelenken auch ein Pfannendach von normalem Winkel fand. Jedenfalls ist die Pfanne auf der luxierten Seite steiler als auf der gesunden.

Bei 10 Gelenken unter 171 luxierten Hüften sah H. nur Subluxationen, bei zunehmendem Alter häuften sich die Fälle von Luxatio supracotyloidea, während noch später die iliakale Form am meisten beobachtet wurde. Bis zu dem Alter von 4 Jahren waren die Erfolge eigentlich immer gut, mit zunehmendem Alter wurden die Resultate ungünstiger. Auch die zunehmende Erfahrung des Operateurs beeinflusste das Ergebnis der Behandlung in günstiger Weise. Die Reposition nimmt H. über den hinteren oberen Pfannenrand vor, die Retention wird beim Verbandwechsel durch Röntgenaufnahme kontrolliert. Bei doppelseitigen Verrenkungen reponiert H. einzeitig. Die Fixation erfolgt im Gipsverband in Abduktion von 90°, die Calotsche Stellung von 70° Abduktion und 70° Flexion hält Verf. für ungünstig, da sie die Entstehung von Kontrakturen begünstige. Wegen der eintretenden Knochenatrophie sucht Verf. die Fixationszeit abzukürzen (bei jüngeren Kindern hält er immerhin 7 Monate für nötig) und überlässt dem Kinde selbst die allmähliche Adduktion des Beines. Coxa vara beobachtete H. 12mal, doch glaubt er, dass nur die dabei festgestellte besonders starke Knochenatrophie infolge schwerer Reposition bei älteren Kindern zu einer Erweichung und Verbiegung des Schenkelhalses führe, Epiphysenlösung hält er für unwahrscheinlich. Schliesslich gibt Verf. seiner Ueberzeugung Ausdruck, dass sich nach der Reposition allmählich wieder normale Pfannenverhältnisse ausbilden, was er durch einige Röntgenbilder, die mehr als 4 Jahre nach der Reposition angefertigt sind, nachweist.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

103) **Ludloff** (Breslau). Zur blutigen Einrenkung der angeborenen Hüftluxation.

Zeitschr. f. orthop. Chirurgie. Bd. XXII, Heft 1—3, S. 272.

In einigen Fällen, bei denen es sich als unmöglich erwies, unblutig zu reponieren, hat L. operativ eingegriffen und zwar von einem Schnitt am lateralen Bande des Adduktorenansatzes aus. Man kann dann die Gelenkkapsel von der Incisura acetabuli aus leicht eröffnen und übersieht die Pfanne sehr gut, auch werden dabei keine für die Retention wichtigen Bänder zerschnitten. Die Reposition ist dann auf diesem Wege sehr leicht auszuführen. Der Nachteil, dass der Schnitt in der Nähe der Genitalien liegt, lässt sich durch geeignete Lagerung (Bauchlage) des eingegipsten Kindes beheben.

Ottendorff-Hamburg-Altona.



104) **Froelich** (Nancy). Was aus einigen geheilten angeborenen Hüftverrenkungen werden kann.

Zeitschr. f. orthop. Chirurgie. Bd. XXII, Heft 1—3, S. 277.

F. beobachtete unter 230 Fällen von Hüftluxation 10 mal zum Teil erst einige Jahre nach der Reposition Komplikationen an dem vorher erkrankt gewesenen Beine. Auffallend war die Tatsache, dass diese Erscheinungen gerade bei tadellos geheilten Patienten auftraten. Es handelte sich in 4 Fällen um Coxa vara, in 2 weiteren um ausgedehnten Schwund des Schenkelhalses. Diese beiden Vorkommnisse können mit der Reposition zusammenhängen, während das bei den 2 Coxitisfällen und einer traumatischen Verrenkung des Hüftgelenks 6 Jahre nach der Reposition der angeborenen Luxation schon weniger wahrscheinlich ist. Das Auftreten von spinaler Kinderlähmung in der reponierten Extremität ist jedenfalls ohne jeden Zusammenhang. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

105) **O. Meyer** (Heidelberg). Isolierte Fraktur des Trochanter major.

Arch. f. Orth., Mechanother. u. Unfallchir. 1909. Bd. VIII, 1.

Durch Fall auf die Hüfte zog sich der 48 j. Mann obengenannte Verletzung zu, die aus den klinischen Erscheinungen (Abplattung der Trochantergegend, Funktionsstörungen in der Hüfte, Schmerzen an den Trochantermuskeln, Atrophie derselben, weswegen das Trendelenburgsche Phaenomen angedeutet erscheint) und aus dem Röntgenbild erkannt wurde. **Ewald**-Hamburg.

106) **A. Schwarz** (Essen-Ruhr). Zur Nagelextensionsbehandlung der Oberschenkelbrüche.

Mediz. Klin. 1909. Nr. 24.

Bericht über 18 Fälle von Schaft- und Schenkelhalsfrakturen des Oberschenkels. Der Oberschenkel war in der Extensionsperiode in der Hüfte gebeugt, 15—20 Pfund genügten zur Extension, in 7—8 Wochen war die Bruchstelle fest konsolidiert. Die Nägel wurden im Mittel etwa nach 3 Wochen (8—14—24—30—40 Tage) entfernt. Nur in drei Fällen bestand nach der Heilung eine Verkürzung von 2 cm. Es haften jedoch dem Verfahren auch einige Mängel an (Nagellockerung, auch bei Wilmsschen Nägeln, Verletzung der Epiphysenlinie, Fieber durch Infektion von der Nagelungsstelle aus [ein Todesfall bei einer suprakondylären Fraktur!], Decubitus um die Nägel 10 mal.) Trotz dieser Mängel hält Sch. die Steinmannsche Nagelenxtension für eine wesentliche Bereicherung unserer Therapie. **Ewald**-Hamburg.



107) **Appel.** Atypische Zerreissung des Kniestreckapparates.
Archiv f. klin. Chirurgie. Bd. 89, Heft 2. 1909.

11 j. Knabe: Fall beim Spielen auf das Knie, kann nicht mehr allein aufstehen und empfindet heftige Schmerzen. Klinisch kugelförmige Auftreibung des Kniegelenks, Schmerzhaftigkeit und Unfähigkeit der aktiven Streckung nachweisbar. Im Röntgenbilde steht die Patella abnorm hoch. Bei der Operation fand sich die Patella im Bereich der Spitze aus der normalen Umhüllung ausgeschält, Oberfläche rauh, während das corpus patellae vorn wie hinten Knorpelläsionen zeigte und seitlich mit der Quadricepssehne verlötet war. Es war die Aponeurose an der Grenze zwischen Apex und Corpus zerrissen in einer horizontalen Ebene; der untere Teil, einem Kegelmantel entsprechend, ist in Verbindung mit dem Lig. patellae geblieben und nach unten dislociert, während der aus der Umgebung ausgeschälte apex patellae im Zusammenhang mit dem corpus durch den Zug der Quadricepssehne stark nach oben disloциert war. Der seitliche Hilfsstreckapparat und die Kapsel waren weit eingerissen. Diese Art der Verletzung ist äusserst selten, da sonst der Streckapparat oberhalb oder unterhalb der Patella einreisst oder Frakturen derselben eintreten. Behandlung bestand in Hineinstülpen der Kniescheibenspitze in ihre Hülse und Vereinigung dort mit Catgut, ebenso Naht des Aponeurosenriss. Heilung p. p. mit guter Funktion. Aetiologisch ist der Fall nicht ganz klar zu stellen gewesen. Verf. meint, dass vielleicht durch zufälliges normwidriges Verhalten der Uebergangsschicht zwischen Apex und corpus und der sie deckenden Sehnenschicht die Zerreissung der Aponeurose zu stande gekommen ist. Verf. hat keinen analogen Fall in der Literatur gefunden. **Meyer**-Heidelberg.

108) **Ott.** Über die operative Behandlung des Genu valgum adolescentium.
Diss. München 1908.

O. gibt unter Berücksichtigung der diesbezüglichen Literatur einen genauen und ausführlichen Überblick über die Aetiologie, Anatomie und die Behandlungsmethoden des Genu valgum, namentlich mit den letzteren beschäftigt er sich in der ausführlichsten Weise. Er tritt sehr für die Durchmeisselung der Tibia ein, die an der Münchener Klinik an Stelle der früher geübten suprakondylären Osteotomie des Femur seit 1903 fast ausschliesslich gemacht wird. Er berichtet über 16 Patienten mit 28 Genua valga, bei



denen 22 Osteotomien gemacht wurden und zwar drei am Femur und 19 an der Tibia. Bei letzteren wurde stets ein Keil exzidiert; die Fibula wurde nie frakturiert. Die drei Rezidive, die beobachtet wurden, waren dem bestehenden Schlottergelenk zur Last zu legen; in allen übrigen wurden sehr gute funktionelle Resultate erzielt. Aus einer zweimal an der Operationsstelle auftretenden Rekurvierung erwuchsen keinerlei funktionelle Störungen; zudem lässt sich eine solche bei gut angelegtem Verbande vermeiden. O. weist die Vorwürfe, die man der Osteotomie an der Tibia gemacht hat, entschieden zurück und ist auf Grund seiner Erfahrungen zu der Ansicht gekommen, dass die Keilosteotomie der Tibia mindestens ebenso gute Resultate liefert wie die Mac-Ewen'sche Operation, und dass ihre funktionellen und kosmetischen Erfolge allen Anforderungen genügen. Nach seiner Meinung weist ihre einfache und völlig gefahrlose Ausführung im Zusammenhang damit ihr den ersten Platz an unter den extra-artikulären Operationsmethoden des Genu valgum, die nur dann nicht indiziert ist, wenn die Verkrümmung in ganz überwiegendem Masse am Femur sitzt. Die 16 Krankengeschichten finden am Schluss der Arbeit ihren Platz, der noch ein 95 Nummern umfassendes Litteraturverzeichnis beigefügt ist.

Blencke-Magdeburg.

109) **Wegemund.** Welches ist der zuverlässigste und praktischste Kunstgriff, den Patellarreflex auszulösen.

Diss. Leipzig. 1909.

Von allen Kunstgriffen, die bei der Auslösung des Kniescheibenreflexes angegeben sind und die W. in 2 grosse Gruppen teilt, in solche, die durch irgend welche geistige oder körperliche Funktionen den Untersuchten im Momente des Beklopfens von der Prüfung abzulenken suchen, und in solche, die durch besondere Lagerung der zu untersuchenden Extremität einen Erfolg zu bekommen hoffen, hält W. auf Grund seiner Untersuchungen den Krönigschen für den besten, der auch insofern den fast gleich guten Jendrassikschen noch übertrifft und zwar deshalb wohl, weil das Verfahren aus dem täglichen Leben und den Lebensgewohnheiten jedes einzelnen entnommen ist und deshalb viel leichter verständlich wird. Er iet, noch seine Hand zwischen Patella des einen und Kniehöhlung des anderen Beines zu legen, weil man so sofort die kleinste Kontraktion der Oberschenkelbeuger infolge der Einpressung der betreffenden Hand bemerken kann.

Blencke-Magdeburg.



110) **Selberg** (Berlin). Quadricepsplastik.

Deutsche med. Wochenschr. 1909. Nr. 29. S. 1270.

Bei einem jetzt 9 Jahre alten Mädchen war der Ersatz des Quadrizeps durch Ueberpflanzung der inneren und äusseren Beuger bewirkt worden. Nach einiger Zeit entstand durch Ueberwiegen des an der Aussenseite angenähten Bizeps eine Luxation der Patella nach aussen, die bei der Streckung sehr hinderlich war. Es wurde deshalb die Tuberositas tibiae abgemeisselt und medialwärts am inneren Condylus der Tibia subperiostal wieder implantiert. Der Aufsatz schliesst mit einigen Bemerkungen über die Technik der Quadrizepsplastik. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

111) **R. Klapp** (Berlin). Die operative Mobilisierung des Kniegelenks.

Zentralblatt für Chir. 1909. 35.

Da Eingriffe am Kniegelenk selbst wegen der Bänderlockerung zu keinem befriedigenden Resultat führten, ist K. von der Ueberlegung ausgegangen, dass einmal der Bandapparat zu schonen, andrerseits der hintere Knorpelüberzug der Femurkondylen noch intakt ist. Daher wird in Narkose das Knie über einen rechten Winkel gebeugt, dann von Aussen- und Innenseite her aus der Femurepiphyse ein Keil mit der Basis nach vorn heraus gemeisselt, darauf das untere Fragment an den Femurschaft genagelt. Fascien-Hautnaht, Gipsverband in gestreckter Beinstellung, nach 6 Tagen wird der Nagel herausgezogen, nach 8 Tagen schon Bewegungen, nach 14 (!) Tagen Verband ab. Bisher 2 Fälle operiert. Einer bewegt Bein im Kniegelenk aktiv um 45°. — Zunächst Scharnierapparat. (Und ein späteres genu recurvatum? Ref.)

Ewald-Hamburg.

112) **A. Bum** (Wien). Die Infiltrationstherapie der Ischias.

Mediz. Klin. 1909. 30.

B. stellt sich die Wirkung der Injektion so vor, dass die in der Nervenscheide unter maximalem Druck in einem Zuge injizierte isotonische Kochsalzlösung die Verklebungen der Ischiadikusscheide dehnt resp. zerreisst. Dazu ist eine intensive Druckwirkung von 100—200 cbcm. Infiltrationsflüssigkeit nötig.

B. hat die Methode 308 mal angewandt und berichtet über 274 statistisch verwertbare Fälle, davon sind 169 dauernd geheilt, 54 gebessert, 13 rezidiviert, 38 ungeheilt. Die Zahl der Injektionen war in:



121 Fällen je 1
136 „ „ 2
14 „ „ 3
4 „ „ 4

Punkt der Injektionen: am Schnittpunkt des langen Bizepskopfes mit dem glutaeus maximus; — unterstützte Knieellenbogenlage.

Ewald-Hamburg.

113) **Bergemann.** Ueber die Entwicklung der Tuberositas tibiae und ihre typische Erkrankung in der Adolescenz.

Archiv f. klin. Chirurgie. Bd. 89, Heft 2.

Verf. kommt auf Grund seiner Untersuchungen bei zahlreichen gesunden Kindern und bei 3 Patienten, die die typischen Zeichen der Erkrankung der Tuberositas tibiae zeigten: Anschwellung und Druckschmerzhaftigkeit, zu der Ansicht, dass es sich um Schädigungen des Apophysenknorpels durch ein Trauma, sei es nun direkter Stoss oder wiederholte Zerrung des Ligamentum patellae, handelt. Dadurch kommt es zu den bekannten Absonderlichkeiten in der Knochenbildung. Er fand bei den gesunden Knaben eine grosse Regellosigkeit in der Ossifikation der Apophyse; meistens liess sich ein schnabelförmiger Fortsatz erkennen, der offenbar der Epiphyse entstammte, während der untere Abschnitt des „Rüssels" selbständig aus der Mitte des vorgebildeten Knorpels ossifizierte, in dem sich eine verschiedene Anzahl von Knochenkernen von wechselnder Form vorfand. Auch bei gesunden Kindern finden sich an den beiden Beinen Differenzen in der Ossifikation, die bei einseitigem Trauma nach Verfs. Ansicht zur völlig unregelmässigen Knochenbildung — evtl. Auftreten neuer isolierter Knochenkerne im Knorpel — führen können. Verf. glaubt deshalb, dass es sich bei den von Schlatter veröffentlichten Fällen nicht um partielle Frakturen der Tuberositas tibiae handelt, sondern erklärt die isoliert liegenden Knochenschatten und kolbigen Verdickungen des unteren von der Diaphyse abgehobenen Rüsselendes für häufige Befunde, die sich durch die Verschiedenheit des Ossifikationsvorganges erklären lassen. Therapeutisch empfiehlt Verf. ausser Schonung der Extremität keine weiteren Massnahmen. Er glaubt alle fixierenden Verbände entbehren zu können.

Meyer-Heidelberg.

114) **Duclaux.** Incurvations rachitiques des os de la jambe et leur traitement.

Rachitische Verbiegungen der Unterschenkel und ihre Behandlung.
Annales de chirurgie et d'orthopédie Bd. 22. Nr. 2. S. 40.

Bei Kindern, die noch nicht laufen können und deren Knochen



noch weich sind, besteht vor allem die Allgemeinbehandlung der Rachitis zu Recht. Können die Kinder bereits laufen, so ist, falls die Verbiegungen noch nachgiebig sind, interne Behandlung nebst allmähligem Redressement oder manueller brüsker Korrektur in Narkose das beste Verfahren. Beim Herumlaufen sollen die Kinder korrigierende Schienen tragen. Sind die Knochen bereits fest, so führt die Osteoklasie oder besser noch die Osteotomie am raschesten und am sichersten zum Ziel. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

115) **M. Monsaiglon** (Paris). Fractures de l'extrémité inférieure des os de la jambe et décollements épiphysaires.

Revue d'orth. 1909. Nr. 3.

Die typische Knöchelfraktur ist vor dem 18. Lebensjahr sehr selten. Meist kommt es zu Epiphysenlösungen, am häufigsten zu einer Fraktur der Fibula und Epiphysenlösung an der unteren Epiphyse der Tibia. (2 Fälle eines 11- und 12 jährigen Kindes, in 4 Wochen in richtiger Stellung mit Gipsschiene geheilt.) Die Fixation in korrigierter Stellung ist wichtig: Fall eines 7 jährigen Kindes, wo wegen schlechter primärer Heilung (zu frühe Belastung!) ein starker Pes valgus sich herausbildete, der durch Osteotomie der Fibula und Kontinuitätsresektion der Tibia beseitigt werden musste. M. warnt vor Massage in diesen Fällen. **Ewald**-Hamburg.

116) **Bilhaut** (Paris). Fracture bimalléolaire vicieusement consolidée. Déviation du pied. Impotence. Conséquences psychiques.

(Ein Fall von mangelhaft geheilter Malleolenfraktur und psychischer Störung infolge der Deformierung und der funktionellen Impotenz des Fusses.)

Bd. 22, Nr. 5, S. 130.

Bei B's Patientin war eine Fraktur beider Malleolen mit einer Deviation des Fusses medialwärts (Klumpfusstellung) geheilt. Trotzdem später durch manuelle Osteoclasie wieder eine normale Konfiguration und Gebrauchsfähigkeit des Fusses geschaffen wurde, konnte die Verletzte nicht dazu gebracht werden, an die Gebrauchsfähigkeit ihres Fusses zu glauben. Die fortschreitende psychische Störung führte schliesslich zu einem Selbstmord der Pat. durch Sturz aus dem Fenster. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

117) **Ernst Tobias** (Berlin). Ueber intermittierendes Hinken.

Mediz. Klinik. 1909. Nr. 27.

T. hat 9 Fälle der „Dyskinesia intermittens arteriosclerotica sive angiospastica“ beobachtet; 8 männlich, 1 weiblich, 5 Juden,



4 Christen, 5 reiche, 4 arme. Charakteristisch war der langsame Beginn der Erkrankung, und das Auftreten der Sensationen und krampfhaften Schmerzen erst nach einigem Gehen. Später werden die Störungen permanenter, am heftigsten bei bevorstehender Gangrän. Am wichtigsten für die Diagnose ist das Fehlen des Pulses in den Fuss- und Beinarterien. Oefter konnte allgemeine Arteriosklerose und Herzschwäche konstatiert werden. Tabak (Erb!) spielte in T.'s Fällen keine Rolle, mehr nervöse Störungen (Oppenheim), auch traumatische und klimatische Einwirkungen können von Einfluss sein. Zu fürchten ist vor allem die Gangrän, wenn auch die Gefahr meist nicht sehr gross ist. Was die Therapie anlangt, so sind neben Bädern (kohlensauren) Uebungskuren am Platze. Nebenbei spielt natürlich die Behandlung der Arteriosklerose eine Rolle. Einen Gangränanfall hat T. nicht beobachtet; die Behandlung hat häufig keine befriedigenden Ergebnisse gezeitigt.

Ewald - Hamburg.

118) **Heilig** (Kassel). Ein Fall von Zertrümmerung des Fussskeletts mit operativer Heilung.

Mediz. Klin. 1909. Nr. 22.

Durch einen Sturz vom Pferd wurden einem Kanonier ausser dem äusseren Knöchel die Basis des metatarsale I und die Köpfchen der anderen 4 Mittelfussknochen frakturiert. Nach 6 Wochen wird die Basisfraktur blutig korrigiert und mit Draht fixiert, die gänzlich lateral und rückwärts verschobenen Mittelfussköpfchen werden angefrischt und den proximalen Frakturenden gegenübergestellt. Gipsverband in starker Hohlfussstellung. Nach dem Röntgenbild ist die Stellung der frakturierten Knochen gut. Der Mann wurde dienstunfähig, doch „dürfte seine Erwerbsfähigkeit im Zivilleben kaum wesentlich beeinträchtigt sein".

Ewald - Hamburg.

119) **A. Lapointe.** Déformation du pied par fracture ancienne de l'astragale, attribuée à un accident récent.

Revue clinique 1909. Nr. 7.

Ein 27 jähriger Arbeiter wollte nach einer leichten Distorsion einen schweren Plattfuss davongetragen haben. Das Röntgenbild ergab einen Bruch des Talushalses und ein Heruntergetretensein des Navikulare mit dem Taluskopf, der ausserdem Resorptionserscheinungen zeigte. Da der gute Gang kurz nach dem Unfall, das Fehlen der Schwellung und jeden Schmerzes für eine alte



Verletzung sprachen, so wurden die Rentenansprüche des Mannes abgewiesen, worauf letzterer ohne weiteres wieder seine Arbeit aufnahm. **Ewald-Hamburg.**

120) **R. Levy** (Breslau). Talusfrakturen.

Berlin. klin. Woch. 1909. Nr. 24.

1. Fall: 16 jähriges Dienstmädchen, auf der letzten Treppenstufe ausgerutscht, starke Schmerzen bei Dorsalflexion des Fusses. Röntgenbild von vorn nach hinten ergibt Fraktur der Talusrolle. Ther. Gipshanfschiene in starker Dorsalflexion des Fusses angelegt; nach 9 Wochen völlige Beweglichkeit.

2. Fall: 39 jähriger Mann, $1^1/_2$ m hoch auf beide Füsse gefallen. Nach dem Röntgenbilde Fraktur des Talushalses. Volle Dorsalflexion, trotzdem keine Fixationsbehandlung durchgeführt war.

3. Fall: Frau aus dem Wagen geschleudert, bewusstlos. Talushalsfraktur mit Dislokation eines Fragmentes vor den Malleolus ext. Da als Malleolarfraktur mit Fixationsverband behandelt, schlechte Funktion.

4. Fall: Mann, 5 m hoch heruntergefallen, Luxatio pedis sub talo, Abriss des Malleolus ext.

5. Fall: 39 jährige Frau auf einer Eisenbahnschiene ausgeglitten, Zerstörung des Taluskopfes und des Navikulare (Fall erinnert an die tabische Arthropathie des Fusses. Hier aber keine hochgradigen Schmerzen!)

6. Fall: Frau mit Talusfraktur; Fraktur des Taluskopfes und des Navikulare, mit für die Arthropathie typischen Absprengungen nach dem Dorsum des Fusses. „Die Kenntnis der typischen neuropathischen Taluskopffrakturen kann unter Umständen von hoher praktischer Bedeutung sein.“ (Frühdiagnose der Tabes.)

Ewald-Hamburg.

121) **Y. Kawamura** (Tokio). Ueber einen Fall von subkutaner Talusfraktur.

Arch. f. Orth., Mechanother. u. Unfallchir. 1909. Bd. VIII, 1.

Ein Bauer stürzte vom Pferde und zog sich obengenannte isolierte Fraktur zu. Das Röntgenbild ergiebt einen breiten Spalt, der in frontaler Richtung mitten durch die Trochlea geht. Die Talusexstirpation hatte den Erfolg, dass der Mann 4 Monate später ohne Stock weite Strecken gehen konnte. **Ewald-Hamburg.**



122) **F. J. Cotton.** Fraktures of the os calcis.

Boston Med. a. Surg. journ. October 1908. Amer. journ. of orth. surg. 1908. Bd. VI. Nr. 3.

Man soll frischen Kalkaneusbrüchen gegenüber nicht untätig sein. Die Diagnose kann immer aus der Verdickung unterhalb des äusseren Knöchels gestellt werden. Exspektative Behandlung gibt fast immer schlechte Resultate. Daher soll die Dislokation korrigiert werden, eventuell sollen zur Fixation die Fragmente genagelt werden. Gewöhnlich kann dem frakturierten Fersenbein seine normale Form wiedergegeben werden, wenn man die Innenseite des Fusses auf einen Sandsack legt und auf die durch Filz geschützte Aussenseite mit einem schweren Hammer schlägt, und danach die Pro- und Supination freimacht. Der Fuss wird dann fixiert, nach 10 Tagen wird mit Massage begonnen. Belastet darf der Fuss nicht vor 1 Monat werden. — In alten Fällen hat die Entfernung der Knochenvorsprünge unter dem äusseren Malleolus und an der Sohle guten Erfolg.

Ewald-Hamburg.

123) **J. F. Gottstein** (Reichenberg in Böhmen). Ein Fall von isolierter Luxation des os naviculare tarsi.

Münch. med. Woch. 1909. Nr. 28.

Der Unfall bei einer 46 jährigen Frau kam durch Hängenbleiben des stark plantarflektierten Fusses am Teppich zustande. Die Reposition gelang in Narkose. Ein Röntgenbild wurde nicht gemacht.

Ewald-Hamburg.

124) **Viannay et Gonijon** (Paris). Luxation sousastragalienne du pied en dedans. Irréductibilité; astragalectomie.

(Ein Fall von Luxatio pedis sub talo, Entfernung des Talus wegen Unmöglichkeit der Reposition.)

Annales de chirurgie et d'orthopédie Bd. 22, Nr. 4, S. 120.

Der Fall erscheint den Verf. dadurch bemerkenswert, dass infolge einer geringen Subluxation des Talus die Luxation des übrigen Fussteils nicht mehr zu reponieren war. Es wurde deshalb die Exstirpation des Talus vorgenommen, die einen guten Erfolg ergab.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

125) **Tubby.** Diffuse painful lipoma of the foot.

American Journal of orthopädic. Surgery. Mai 1909.

T. beschreibt eine doppelseitig am und unter dem inneren Fussrand gelegene ovale, 1—1½ Zoll grosse, langsam wachsende Geschwulst, die aus Fett bestand, ohne Entzündungserscheinungen

auftrat, aber auf Druck schmerzhaft war, und excidiert wurde. Der Inhalt, der zwar aus sehr blutreichem Fett bestand, sich aber von den umgebenden, dort normal vorhandenen Fettlager deutlich durch seine dunklere Farbe abhob und abschälen liess, ist nicht mit diesem diffusen kongenitalen Lipom zu verwechseln. Mikroskopisch fiel der ausserordentliche Gefässreichtum auf. Aeusserlich kann dieses Leiden leicht mit Plattfuss verwechselt werden, die entsprechend eingeleitete Behandlung verschlimmert die Schmerzen und vergrössert die Geschwulst.

Mosenthal-Berlin.

126) **Lehmann** (Frankfurt a.M.). Einige nützliche Heftpflasterverbände.

Münch. med. Woch. 1909. Nr. 26.

Die Deformität (Plattfuss, Hallux valgus, Hammerzehe, Subluxation eines Metatarsusköpfchens) wird redressiert und durch Heftpflasterstreifen in der korrigierten Stellung fixiert. Nach 14 Tagen eventuell Verbandwechsel. — Auch bei Kniegelenksdistorsionen mit und ohne Erguss hat sich der testudoartige Heftpflasterverband (Kniekehle frei!) bewährt.

Ewald-Hamburg.

127) **K. Gütig.** Ueber günstige Beeinflussung des mal perforant du pied durch Paraffininjektionen.

Wien. med. Woch. Nr. 38.

Die Schwielenbildung, welche Verf. als Vorläufer der Erkrankung beobachtet hat, wird begünstigt durch die Druckwirkung hervorragender Knochenteile. Durch deren Umpolsterung mit Paraffin hofft man die Entstehung eines Geschwüres zu verhindern, sowie das bereits bestehende Uebel der Heilung zuzuführen. Es werden zwei Fälle vollkommener Heilung vorgeführt. In einem sehr vorgeschrittenen Falle, bei welchem Gelenke und Knochen angegriffen waren und in freier Kommunikation mit der Aussenfläche standen, versagte das Verfahren, weil das Paraffin, wie der Autor meint, durch die Wunde ausgetreten ist.

Uebrigens ist bekannt, dass Paraffin so gut wie andere Fremdkörper nur in völlig aseptischem Gewebe einheilen, daher bei länger bestehendem Geschwür von Paraffin nicht viel zu erwarten ist.

Spitzy-Graz.

128) **Gautier** und **Tissier** (Paris). Tarsalgie des accouchées

Gazette des hôpitaux. 1909. Nr. 70.

Der häufig bei Frauen post partum entstehende Plattfuss hat nach der Meinung der Verff. darin seine Ursache, dass die Frauen



während der letzten Monate der Gravidität beim Gehen und Stehen mehr den Calcaneus belasten, weswegen eine Inaktivitätsatrophie des tibialis post. sowie der kurzen Zehenbeuger eintritt. Die Folge ist ein teilweises Verschwinden des Fussgewölbes, begleitet von typischen Plattfussbeschwerden. Die Behandlung besteht in Kräftigung der schwächer gewordenen Muskeln durch Massage und Uebungen und der Verabreichung einer Einlage.

Ewald-Hamburg.

129) **W. Becker** (Bremen). Ueber Insuffizienz des Fusses. Mediz. Klin. 1909. 12.

Der Fuss ist ein Belastungsorgan, das zugleich kraft seines komplizierten Baues Gleichgewichtsverschiebungen balanzieren kann. Jede Erkrankung des Fusses muss sowohl eine herabgesetzte Tragfähigkeit als auch eine verminderte Beweglichkeit zur Folge haben; dabei braucht durchaus nicht immer der insuffiziente Fuss ein „Plattfuss“ zu sein. Jedenfalls steht die Abflachung des Gewölbes in gar keinem Verhältnis zu den Beschwerden.

Als ätiologische Momente nennt B. 1. die statische Insuffizienz (zu grosse und zu lange Belastung, verminderte Knochenfestigkeit bei Rachitis, Unterernährung u. s. w., Tabes Diabetes). 2. die traumatische Insuffizienz (Malleolarfrakturen, sämtliche Fussverletzungen, auch noch so geringer Art, insbesondere Metatarsalfrakturen, Bänderdehnung). 3. die entzündliche Insuffizienz (meist sekundäre „rheumatische“ Entzündungen bei statischer Insuffizienz). 4. die paralytische Insuffizienz (Lähmung des tibialis ant. und post. und der Fussohlenmuskulatur bei Kinderlähmung, Parese bei Hysterie, Tabes, Little, Muskeldystrophie, Arteriosklerose u. s. w.).

Nach Besprechung der Symptome und der Differentialdiagnose (Rheumatismus, Gicht, Tuberkulose, Achillodynie) kommt B. zur Therapie (Einlage aus Hornhautleder, in schweren Fällen Schienenhülsenapparat, Massage und Uebungen zur Beseitigung der Muskelinsuffizienz. In schweren Fällen unblutiges Redressement nach Schultze (Duisburg), nach vorausgeschickter Achillotenotomie; bei pes valgus paralyticus Sehnentransplantation. Prophylaktisch sind zweckmässige Kinderschuhe zu empfehlen: Gerader Verlauf des Innenrandes der Sohle, Absatz, der weit nach vorn reicht und das Fussgewölbe stützt.

Ewald-Hamburg.



130) **Canchoise** (Paris). Le traitement sanglant du pied plat valgus invétéré. (Die blutige Behandlung des inveterierten Plattfusses.)

Revue de chirurgie. Bd. 38. Heft 12. S. 700.

C. bespricht die Anatomie des Plattfusses, spez. die Veränderungen der einzelnen Fusswurzelknochen beim schweren Plattfuss und im Anschluss daran die verschiedenen Behandlungsverfahren, von denen ein Teil die Muskeln und Sehnen, ein anderer Teil das knöcherne Skelett in Angriff nimmt, oder kombinierte Methoden anwendet. Muskeloperationen lässt Verf. nur für den noch beweglichen Fuss gelten, während er für den fixierten Plattfuss ein Verfahren vorschlägt, das in der Entfernung eines Keiles aus der Fusswurzel besteht. Der Keil hat seine Basis sowohl nach der medialen wie nach der plantaren Seite, sodass er von der Innenseite des Fusses gesehen eine trapezoide Gestalt aufweist. Der Keil umfasst den vordersten Teil des Calcaneus und den hinteren Teil des Naviculare nebst dem dazwischenliegenden Gelenk. Wenn die angefrischten Knochenflächen durch Naht vereinigt werden, so wird einerseits die Abduktion des vorderen Fussteiles beseitigt, andererseits das Fussgewölbe wieder hergestellt.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

131) **S. Mercadé.** Fracture du cinquième métatarsien.

Gazette des hôpitaux. 1909. Nr. 84.

Ein 18 jähriger kräftiger Mensch verspürte plötzlich beim Laufen einen heftigen Schmerz in der Gegend der Tuberositas metatarsi V. Das Röntgenbild zeigt hier eine Fraktur, die erst konsolidierte, als Pat. absolute Ruhe bewahrte. — Entstehungsmechanismus: in einigen Fällen forcierte Kontraktion des Peroneus tertius. Meistens wohl aber Fehltritt, Belastung des V. Mittelfussknochens während starker Plantarflexion.

Ewald-Hamburg.

132) **Muskat**. Plattfusseinlage oder Plattfussbehandlung?

Zeitschrift für ärztliche Fortbildung. 1909. 14.

Ausgehend von dem Gedanken, dass die Plattfusseinlage wohl in den meisten Fällen für den Augenblick die Schmerzen beseitigen, nicht aber die Ursache derselben dauernd entfernen kann, schlägt Verf. folgende systematische Behandlung des Plattfusses vor. Durch aktive und passive Hyperämie wird die Fixation des Fusses gelöst, dann werden medico-mechanische Übungen bezw. andere



gymnastische Übungen (diese dürften wohl jedem Orthopäden bekannt sein) vorgenommen, welche den Fuss aus seiner Pronationsstellung in die Supinationsstellung hineinbringen, und wenn sich der Fuss in einigermassen richtiger Lage befindet, wird ein Heftpflasterverband angelegt, dessen Technik M. genau beschreibt.

Blencke-Magdeburg.

133) **Muskat** (Berlin). Plattfusstiefel ohne Einlage.

Münch. med. Woch. 1909. Nr. 25.

M. lässt bei Plattfuss einen Stiefel machen, bei dem die Sohle zugleich die Einlage bildet. Die Ledersohle wird auf das Gipsmodell modelliert, sie geht natürlich an der Innenseite des Fusses, der Wölbung entsprechend hoch und wird direkt mit dem Oberleder vernäht. **Ewald**-Hamburg.

134) **Nové-Josserand** u. A. **Rendu** (Lyon). Du traitement des pieds bots congénitaux dans les trois mois qui suivent la naissance.

Revue d'orth. 1909. Nr. 4.

Genaue Beschreibung der Finckschen Methode der Klumpfussbehandlung im Säuglingsalter: Redressement ohne Narkose, Flanellbindenklebeverband mit Metallsohle, täglich weitere korrigierende Redressements, bis nach ca. 14 Tagen die Korrektion vollständig ist und nach einem Modell ein Zelluloidapparat gemacht werden kann, der aus Becken-, Knie- und Sohlenteil besteht, von denen die ersteren mit Riemen, Knie und Sohlenteil mit drei Gummizügen verbunden sind. Zwei Züge gehen von der Aussenseite der Sohle aus (Dorsalflexion und Pronation!) einer von der Innenseite (Dorsalflexion) und werden an einem am Knieteil befindlichen Haken unter passender Spannung befestigt, sodass der Fuss in korrigierter Stellung gehalten wird und sich trotzdem bewegen kann. Der Apparat wird einen Monat lang Tag und Nacht, dann nur einige Stunden am Tage, dann nur während der Nacht getragen, bis nach ½ Jahr die Behandlung abgeschlossen werden kann. — Bericht über 70 Fälle (1 Tag bis 2 Monate alte Kinder, bei denen die Ficksche Methode mehr oder weniger modifiziert und vereinfacht angewandt wurde. Die Resultate sind durchweg glänzend.

Ewald-Hamburg.



135) **van Haelst** (Gent). De la chirurgie tendineuse dans le pied-bot paralytique.

(Ueber Sehnenplastik beim paralytischen Klumpfuss.)

Annales de chirurgie et d'orthopédie. Bd. 22, Nr. 5, S. 147.

Unter Vorstellung eines Falles vom paralytischem Klumpfuss plaidiert Verf. warm für die Anwendung der Sehnenüberpflanzung. Er selbst hatte bei der Patientin durch Verlängerung der Achillessehne, Verkürzung der Extensoren und Ueberpflanzung eines Teiles des Tibialis posticus auf den äusseren Fussrand einen guten Erfolg erzielt. Als neu hebt v. H. hervor, dass die Verlagerung des Tibialiszipfels durch das Spatium interosseum hindurch erfolgte. Verf. führt das gute Resultat auf die Sehnenplastik zurück und refüsiert den Einwand, dass man durch das blosse Redressement das gleiche Ziel erreichen könne. Bei schlaffen Lähmungen sollten auch die französischen Chirurgen dieses vorzugsweise von Deutschen geübte Verfahren mehr in Anwendung ziehen.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

136) **Fr. Tausch** (München). Ueber Fussbeschwerden.

Münch. med. Woch. 1909. 41.

T. macht auf die den Orthopäden nicht unbekannte Tatsache aufmerksam, dass bei Knickfuss erhebliche Beschwerden auftreten können. (Ermüdbarkeit eines Beins, Spannungsgefühl in der Wade, Schmerzen unter dem inneren Knöchel, später auch an der Fusssohle usw.) Verwechslungen mit Distorsion, Periostitis, Tabes, Rheumatismus, Phlebitis, Ischias hat T. beobachtet. — Der Grund des Knickfusses ist die Insuffizienz der Supinationsmuskeln, insbesondere des Flexor hallucis longus (Hübscher).

Prophylaktisch und therapeutisch empfiehlt T. das Tragen von richtigem Schuhwerk (besonders zweckmässig erscheinen ihm die „Chasalla"-Stiefel), die Kräftigung der Bein- und Fussmuskeln durch Gymnastik, Erlernen eines richtigen elastischen Ganges, schliesslich die Langesche Plattfusseinlage. **Ewald**-Hamburg.

Vereinsnachrichten.

137) **F. Cahen.** Allgemeiner ärztlicher Verein zu Köln. 10. V. 09.

Münch. med. Woch. 1909. Nr. 35.

Ueber Knochentransplantation.

In 4 Fällen wurden tuberkulöse Metakarpalknochen reseciert und erfolgreich durch eine Knochenspange der Ulna ersetzt. — Bei einem 32 j. Mann musste wegen Sarkoms das distale Ende des Radius reseciert werden, doch konnte ein Teil des knorpligen Gelenküberzugs stehen bleiben. In den Defekt



wurde ein 10 cm langes, 1,5 cm breites Ulnastück mit Periost eingepflanzt. Die Funktion des Handgelenks ist vorzüglich. Röntgenbilder zeigen die allmähliche Dickenzunahme des Knochens, seine feste Verbindung mit dem Radiusstumpf, sowie die Ausfüllung des Ulnadefekts im Verlauf von 2 Jahren.

Ewald-Hamburg.

138) **Anschütz.** Medizinische Gesellschaft in Kiel. 15. V. 09.

Münch. med. Woch. 1909. Nr. 33.

Ueber Knochenimplantation.

Zur Behandlung einer kongenitalen Pseudarthrose des Unterschenkels bei einem 7jährigen Mädchen, das schon 3mal mit Naht und Autoplastik erfolglos operiert war, wurde Knochenmaterial eines vor 2 Stunden intra partum gestorbenen gesunden Kindes genommen. Nach Anfrischung und Distraktion der Tibiafragmente werden die beiden Femurdiaphysen des Neugeborenen durch Silberdraht aneinander befestigt, und in die Tibiafragmente eingekeilt. Nach $^1/_2$ Jahr sieht man die Knochenstücke unverändert, von einem zarten Kallus umgeben eingeheilt. Der Unterschenkel ist gerade, nach mehrmaliger Fixation im Gipsverband und Ruhe „ist die Heilung nahezu vollendet". Jedenfalls ist die Implantation gelungen.

In einem andern Fall von Pseudarthrose des Unterschenkels nach Osteomyelitis wurde ein Femur eines siebenmonatigen Foetus als Bolzen benutzt. Nach 8 Wochen ist das Bild der Knochen unverändert, abnorme Beweglichkeit allerdings noch vorhanden. **Ewald**-Hamburg.

139) **Destot.** Société de chir. de Lyon. 22. IV. 1909.

Revue de chir. 1909, 6.

Demonstration von Tibien einer Frau, die an Pneumonie gestorben war. Die Knochen hatten unregelmässige Gestalt und waren mit Osteophyten und Exostosen besetzt. Die Markhöhle war obliteriert. Die Cortikalis war äusserst dicht. D. glaubt an eine Paget'sche Krankheit. Zeichen von Syphilis fehlten. **Ewald**-Hamburg.

140) **v. Eiselsberg**. Wissenschaftlicher Verein der Militärärzte der Garnison Wien. 13. II. 09.

Deutsche med. Woch. 1909, 33.

Einfluss der Röntgendiagnostik auf die Frakturenbehandlung.

Die Bestrebung, möglichst normale anatomische Verhältnisse bei der Frakturheilung zu erzielen, hat durch die Röntgenkontrolle eine Steigerung erfahren. Restitutio ad integrum ist nun zwar eine der Hauptabsichten, aber nicht die einzige: die Funktion ist ebenso wichtig und kann auch bei nicht idealer Lage der Bruchenden gut sein. Daher ist ein allzumesserfreudiges Vorgehen unangebracht, ausser etwa bei einzelnen seltenen Frakturen und bei Patellarbrüchen. **Ewald**-Hamburg.

141) **Vignard.** Société de Chir. de Lyon. 22. 4. 09.

Revue de chir. 1909. 6.

Bei zwei Kindern hat V. nach abgeheilter Kniegelenkstuberkulose die Arthroklasie (!) vorgenommen. Bei einem Kind war früher schon einmal die



Osteotomie vorgenommen worden, doch hatten die Eltern zu schnell den Apparat entfernt, der das Bein gestreckt hielt. Dieser Apparat muss in jedem derartigen Fall sehr lange Zeit getragen werden. **Ewald**-Hamburg.

142) **Chaput.** Société de chir. de Paris 12. 5. 09.
Revue de chir. 1909. 6.

In 14 Fällen von Knochen-, Gelenk- und Sehnenscheidentuberkulose (10 Handgelenke, 2 Fuss-, 2 Ellenbogengelenke mit und ohne Fisteln) hat Ch. die Biersche Stauungshyperämie mit bestem Erfolge angewandt. Alle Fälle heilten schnell, ohne Fixation und Jnjektion.

Delbet hat keine Erfolge gesehen und bezweifelt, ob es sich in den Fällen von Chaput um wirkliche Tuberkulose gehandelt hat.

Arron hat den Eindruck, dass die Resultate = 0 sind, bei den fistulösen aber den Zustand bessern!

Rontier hat die Stauung in 2 Fällen (sic!) angewandt, beidemale ohne jeden Erfolg. **Ewald**-Hamburg.

143) **Meltzer.** Medizin. Gesellschaft zu Leipzig. 11. V. 09.
Münch. med. Woch. 1909. Nr. 30.

Der demonstrierte Fall von Myositis ossificans progressiva wurde schon 1894 von Virchow vorgestellt, der der Ansicht war, dass das Skelett der primäre Sitz der Erkrankung sei. Tatsächlich wird dies grösstenteils durch die Röntgenbilder bestätigt, nur an einigen Stellen, z. B. linkes Knie- und Ellenbogengelenk, lassen sich derartige Zusammenhänge nicht nachweisen.

Bei dem 42j. Patienten, der bis zum 19. Jahr gesund war, ankylosierte zuerst das r. Kiefer-, dann das r. Schultergelenk, dann in weiteren Attacken die ganze Wirbelsäule, die Nackenmuskulatur (Knochenstränge nach der Schulter hin zu fühlen), Knochenspangen verlaufen am Thorax entlang, an der Stelle des Triceps brachii, in der Lenden-, Becken-, Ober-, Unterschenkel- und Fussgegend. Nur die Vorderarme und Hände sind noch frei, das linke Hüft- und rechte Kniegelenk sind noch leidlich beweglich. — Röntgenbilder. Die Skelettknochen machen einen hochgradig atrophischen Eindruck.

Ewald-Hamburg.

144) **Anschütz**. Medizinische Gesellschaft in Kiel. 15. V. 09.
Münch. med. Woch. 1909. 33.

Bei einem 13j. Mädchen mit typischer Little'scher Krankheit wurde die von Förster angegebene intradurale Durchschneidung der hinteren Wurzeln vorgenommen. Resektion der II. Sakral-, V., III. und II. Lumbalwurzel. Resultat: Spasmen viel geringer, kein Spitzfuss, keine Innenrotation, keine Adduktion mehr, noch leichte Beugung in Knie- und Hüftgelenk. — Orthopädische Nachbehandlung. Kind geht täglich besser. Bei einem 45j. Mann mit hochgradigen Kontrakturen wegen multipler Sklerose hatte die Durchschneidung der hinteren Wurzeln keinen Erfolg.

Ewald-Hamburg.



145) **Gauss** (Freiburg). XIII. Kongress der deutschen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynaekologie in Strassburg i. E. 2—5. Juni 09.
Münch. med. Woch. 1909. Nr. 32.

Die geburtshilfliche Aetiologie des Caput obstipum musculare.

Die systematische Untersuchung neugeborener Steisslagenkinder ergab bei nahezu allen eine deutliche Scoliosis capitis, aus dem sich bei einem ein typisches Caput obstipum entwickelte. (Praedisposition für Steisslagenkinder.)

Bei Untersuchung von Schädellagenkindern fand G. überraschenderweise in 41 Prozent deutliche Zeichen von Scoliosis capitis, darunter 6 durch Kaiserschnitt gewonnene Kinder. Ein Fall zeigte bereits Veränderungen eines Kopfnickers.

Auch Erwachsene weisen noch deutliche Symptome von Scoliosis capitis auf, wie Untersuchungen von 500 Erwachsenen zeigen.

Die häufig bei Neugeborenen konstatierten Nasendeformitäten bestätigen das häufige Vorkommen der intrauterinen Belastungsdeformitäten.

Ewald-Hamburg.

146) **Kalerim.** Mediz. Gesellschaft zu Leipzig. 15. VI. 09.
Münch. med. Woch. 1909, 34.

Ein Fall von angeborenem Brustmuskeldefekt.

Von Wendel sind 1905 172 Fälle aus der Literatur zusammengestellt worden. Es können Teile oder der ganze Muskel fehlen, ferner gleichzeitig die pectoralis minor, Teile des trapezius und serratus. Nebenbei wurden beobachtet Rippendefekte, Hochstand der Skapula, Wirbelsäulenverkrümmung, Handmissbildungen. In dem Falle von K. fehlt nur der Pectoralis major, bis auf seine klavikulare Portion, sowie der Pectoralis minor. Klinisch waren keine erheblichen Bewegungsstörungen des Arms zu konstatieren. Die Ursache der Defekte muss man in den Foetus selbst hineinlegen (falsche Keimanlage).

Ewald - Hamburg.

147) **Ad. Hoffmann.** Mediz. Verein in Greifswald. 23. I. 09.
Deutsche med. Woch. 1909. Nr. 31.

Lendenwirbelquerfortsatzfrakturen.

1. Sturz eines 25 j. Arbeiters von der Verdachung einer Maschine 4 m hoch herunter mit rechter Körperseite auf Ventilräder. Bruch der 4 oberen rechten Querfortsätze.

2. Ein 34 j. Gärtner spürte beim Vorwärtsschieben eines schwerbeladenen Karrens plötzlich heftige Schmerzen im Kreuz. Bruch des V. Querfortsatzes; durch Muskelzug entstanden (nur 10 Fälle in der Literatur). Häufig Verwechselung mit abdominellen Affektionen. Charakteristisch ist, dass Beugung der Wirbelsäule nach der gesunden Seite schmerzhaft, nach der kranken wenig empfindlich, ebenso Rotation. Vorbeugen und Wiederaufrichten schmerzhaft, Rückwärtsbeugen nur bei Verletzung des V. Lendenwirbels.

Ewald-Hamburg.

148) **Gayet.** Société de chir. de Lyon. 22. 4. 09.
Revue de chir. 1909. 6.

Ein Mann acquirierte mit 15 Jahren eine Gonnorrhoe. 25 Jahre lang litt er darauf an ein Ischias, dann bildete sich nach und nach eine Wirbelsäulen-



versteifung heraus, die, wie G. annimmt, ihren Ursprung in der Gonnorrhoe hat. **Ewald**-Hamburg.

149) **F. Lange**. Aerztlicher Verein München. 19. V. 09.
Münch. med. Woch. 1909, 35.

Operative Behandlung der Spondylitis.

Die Dauerresultate der Gipsverband- und Korsettbehandlung der Spondylitis sind meist nicht befriedigende: nach Jahren verschlechtert sich die Rückenform, der Buckel springt stärker vor. (Grund: der erhaltene Bogen wächst stärker als der zerstörte Wirbelkörper, der Erector trunci ist durch die lange Fixationsbehandlung direkt zerstört worden.) L. versuchte daher, die Fixation der Wirbelsäule im Innern des Körpers anzubringen und ging in einem Spondylitisfall so vor, dass er zwei verzinnte Stahldrähte seitlich an die Wirbelsäule mit Paraffin-sublimatseide befestigte. Die Drähte und die Seide heilten reaktionslos ein, die Schmerzen verschwanden, der Junge hat jetzt — nach 1 Jahre! — in der Schmiedewerkstätte seines Vaters mitgearbeitet. Die Form der Wirbelsäule ist besser, die Beweglichkeit ist verhältnismässig gut, trotz der Versteifung des Lendenteils. Der Fall eröffnet die Aussicht auf die Lösung des Problems der gibbuslosen Spondylitisheilung. **Ewald**-Hamburg.

150) **Delanglade u. Clément**. Société de chir. de Marseille. 25. V. 09.
Revue de chir. 1909, 6.

1. Bei einem jungen Mädchen kam es als Endeffekt einer gonorrhoischen Ellenbogenarthritis zur Ankylose. Resektion der Gelenkenden, Interposition eines Tricepslappens, guter Erfolg.

2. Bei einer gonorrhoischen Arthritis der Fusswurzel — und Mittelfussgelenke, die ankylosierten, wurde der Tarsus, der Talus und ein Teil des Calcaneus entfernt. Ausserdem Tenotomie der Achillessehne. Sehr befriedigendes Resultat. **Ewald**-Hamburg.

151) **Poncet**. Société de chir. de Paris. 21. 4. 09.
Revue de chir. 1909. 6.

Ein 51 j. Mann, der früher eine tuberkulöse Pleuritis und eine Spondylitis überstanden hatte und noch jetzt an einer fistulösen Epididymitis leidet, hat auch eine doppelseitige Dupuytrensche Fingerkontraktur, deren Ursache nach P. die Tuberkulose ist.

In der Diskussion berichtet Legneu über einen doppelseitigen Plattfuss bei einem tuberkulös belasteten jungen Mann. Teile des durch Keilresektion gewonnenen Knochens wurden Tieren inokuliert, einmal von 7 Versuchen mit positivem Resultat. Auch die histologische Untersuchung der Knochen ergab an einigen Stellen tuberkulöse Heerde.

Nélaton kann zur Stütze der Poncetschen Anschauungen den Fall eines jungen Mannes mit fistulöser Epididymitis anführen, bei dem später ein allgemeiner Rheumatismus auftrat. Dieser Rheumatismus soll tuberkulösen Ursprungs sein. **Ewald**-Hamburg.



IX. Kongress der Deutschen Gesellschaft für orthopädische Chirurgie 1910.

Der IX. Kongress der Deutschen Gesellschaft für orthopädische Chirurgie wird in der Osterwoche, am Dienstag, den 29. März, von 9 Uhr an, im Langenbeckhause, Ziegelstr. 10/11 stattfinden. In der ersten Sitzung wird Herr Prof. Gebhardt-Halle (a. G.) einen einleitenden Vortrag über „funktionelle Knochengestalt“ halten.

In der Nachmittagssitzung von 2—4 Uhr findet die Generalversammlung statt. Herr Payr-Greifswald hat für diese Sitzung ein einleitendes Referat „über die Behandlung der Gelenkversteifungen“ übernommen.

Nach einer Pause soll um 5 Uhr eine Besprechung der „Skoliosenbehandlung in der Schule“ stattfinden, wofür Herrn Schulthess-Zürich das Hauptreferat übertragen worden ist. Zu dieser Sitzung werden Regierungsvertreter der deutschen Bundesstaaten eingeladen werden.

Bei genügender Zahl von Anmeldungen soll am Montag, den 28. März, früh gegen 9½ Uhr — einer Einladung des Volksheilstättenvereins zufolge — ein gemeinsamer, für die Teilnehmer kostenfreier Ausflug nach Hohenlychen (Uckermark) zur Besichtigung der dortigen Anstalten für tuberkulöse Kinder und speziell des von Hoffa begründeten, zurzeit unter Leitung des Unterzeichneten stehenden Cecilienheims für tuberkulöse Knochen- und Gelenkerkrankungen stattfinden.

Vorträge und Mitteilungen bitte ich möglichst bald — spätestens bis zum 15. Februar — bei mir anzumelden und eine kurze Inhaltsangabe des Vortrages beifügen zu wollen.

Von auswärts kommende Kranke finden in der Königl. chirurgischen Klinik des Herrn Geh.-Rat Prof. Dr. Bier, Ziegelstr. 5—9, Aufnahme.

Anmeldungen neuer Mitglieder bitte ich mit der Unterschrift dreier Mitglieder der Gesellschaft versehen einzusenden.

Berlin W. 35 im Januar 1910.
Genthinerstrasse 16.

Georg Joachimsthal,
Vorsitzender für 1910.

In Pavia hat sich Dr. Bossi — Privatdozent an der med. Fakultät zu Bologna — als Privatdozent für Orthopädie habilitiert.



46) **Bardach**, Elastisches Heftpflaster. — 47) **Hartung**, Gipsverbände. — 48) **Loewy**, Gipsverbandfenster. — 49) **Goder**, Fenster in Gipsverbänden. — 50) **Baron**, Gipsverbände. — 51) **Evler**, Verwendung eines Chromleders. — 52) **Schanz**, Orthopädische Apparate. — 53) **Lop**, Mechanische Therapie. — 54) **Biesalski**, Pendel und Widerstandsapparate. — 55) **v. Aberle**, Krüppelfürsorge. — 56) **Gilette**, Krüppelheime. — 57) **Lovett**, Krüppelfürsorge in Amerika. — 58) **Redard**, Wirbelsäulenverletzungen. — 59) **Redard**, Unfallverletzungen der Wirbelsäule. — 60) **Marcus**, Rückenverletzungen. — 61) **Kofmann**, Spondylitischer Buckel nach Calot. — 62) **v. Osten-Sacken**, Deformierungen bei Spondylitis. — 63) **Cramer**, Rückgratsverkrümmungen. — 64) **Schulthess**, Berufsskoliose. — 65) **Gaultier** und **Baïsoin**, Skoliose. — 66) **Zesas**, Scoliosis nephritica. — 67) **Vulpius**, Skoliosenbehandlung. — 68) **Schanz**, Korrektionsresultate. — 69) **Müller**, Kriechkur. — 70) **Feuchtwanger**, Kompressionsmyelitis. — 71) **Schmotkin**, Syringomyelie. — 72) **Förster**, Spastische Lähmungen. — 73) **Weinstein**, Schiefhals. — 74) **de la Roquette**, Anatomie des Schultergelenks. — 75) **Jerusalem**, Stauung des Schultergelenkes. — 76) **Vegas** und **Jorge**, Skapularbruch. — 77) **Schichhold**, Schultergelenksluxation. — 78) **Freund**, Bursa acromialis. — 79) **Lengfellner** und **Frohse**, Deltoideuslähmung. — 80) **Chaput**, Brüche des Humerusschaftes. — 81) **Porges**, Naht des Nervus medianus. — 82) **Perrin**, Ulnarfraktur. — 83) **Schwenk**, Luxatio cubiti posterior. 84) **Bettmann**, Querfrakturen des Olecranon. 85) **Glässner**, Typische Radiusfraktur. — 86) **Dubreuil**, Camptodaktylie. — 87) **Muskat**, Familiäre Kontraktur des kleinen Fingers. — 88) **Kraemer**, Streckaponeurose der Finger. — 89) **Harrihausen**, der schnellende Finger. — 90) **Pürkhauer**, Congenitaler Femurdefekt. — 91) **Fischer**, Typische Rodelverletzungen. — 92) **Felten**, Luxation einer Beckenhälfte. — 93) **Lamy**, Knochendestruktion. — 94) **Markus**, Knieschmerzen. — 95) **Lichtenberg**, Hüftgelenksentzündung — 96) **v. Baeyer**, Mechanik der Coxa vara. — 97) **Waegner**, Schenkelhalsbrüche. — 98) **Flint**, Schenkelhalsfrakturen. — 99) **Lorenz**, Traumatische Hüftgelenksverrenkungen. — 100) **Joachimsthal**, Hüftgelenksverrenkung. — 101) **Gocht**, Kongenital verrenktes Hüftgelenk. — 102) **Horváth**, Angeborene Hüftverrenkung. — 103) **Ludloff**, Angeborene Hüftluxation. — 104) **Froelich**, Geheilte angeborene Hüftverrenkungen. — 105) **Meyer**, Fraktur des Trochanter major. — 106) **Schwarz**, Nagelextensionsbehandlung. — 107) **Appel**, Zerreissung des Kniestreckapparates. — 108) **Ott**, Genu valgum adolescentium. — 109) **Wegemund**, Patellarreflex. — 110) **Selberg**, Quadricepsplastik. — 111) **Klapp**, Operative Mobilisierung des Kniegelenks. — 112) **Bum**, Ischias. — 113) **Bergemann**, Tuberositas tibiae. — 114) **Duclaux**, Rachitische Verbiegungen. — 115) **Monsaiglon**, Typische Knöchelfraktur. — 116) **Bilhaut**, Malleolenfraktur. — 117) **Tobias**, Intermittierendes Hinken. — 118) **Heilig**, Zertrümmerung des Fussskeletts. — 119) **Lapointe**, Plattfuss. — 120) **Levy**, Talusfrakturen. — 121) **Kawamura**, Subkutane Talusfraktur. — 122) **Cotton**, Kalkaneusbruch. — 123) **Gottstein**, Luxation des os naviculare. — 124) **Vianny et Gonijon**, Luxatio pedis sub talo. — 125) **Tubby**, Fussgeschwulst. — 126) **Lehmann**, Heftpflasterverbände. — 127) **Gütig**, Mal perforant du pied. — 128) **Gautier et Tissier**, Tarsalgie. — 129) **Becker**, Insufficienz des Fusses. — 130) **Cancholse**, Inveterierter Plattfuss. — 131) **Mercadé**, Metatarsalfraktur. — 132) **Muskat**, Plattfusseinlage. — 133) **Muskat**, Plattfussstiefel ohne Einlage. — 134) **Nové-Josserand und Rendu**, Klumpfussbehandlung. — 135) **Haelst**, Sehnenplastik. — 136) **Tausch**, Fussbeschwerden.

Vereinsnachrichten: 137) **Kahen**, Knochentransplantation. — 138) **Anschütz**, Knochenimplantation. 139) **Destot**, Paget'sche Krankheit. — 140) **v. Eiselsberg**, Röntgendiagnostik. — 141) **Vignard**, Arthroklasie. — 142) **Chaput**, Sehnenscheidentuberkulose. — 143) **Meltzer**, Myositis ossificans progressiva. — 144) **Anschütz**, Little'sche Krankheit. — 145) **Gauss**, Caput obstipum musculare. — 146) **Kaiserin**, Brustmuskeldefekt. — 147) **Hoffmann**, Lendenwirbelquerfortsatzfrakturen. — 148) **Gayet**, Wirbelsäulenversteifung. — 149) **Lange**, Spondylitis. — 150) **Delanglade**, und **Clément**, Ellenbogenarthritis. — 151) **Poncet**, Dupuytren'sche Fingerkontraktur.

Tagesnachrichten.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. Dr. **O. Vulpius** in Heidelberg, Luisenstr. 1—3, oder an die Verlagsbuchhandlung **S. Karger** in Berlin NW 6, Karlstr. 15, einsenden.



Zentralblatt

für

Chirurgische und mechanische Orthopädie

einschliesslich der gesamten Heilgymnastik und Massage.

Redigiert von
Prof. Dr. O. Vulpius
in Heidelberg.

Verlag von
S. Karger in Berlin
NW., Karlstrasse 15.

Monatlich erscheint ein Heft im Umfang von 48 Seiten. Preis des Jahrgangs Mk. 15,—. Zu beziehen durch die Post und durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes.

Bd. IV. März 1910. Heft 3.

(Akademie für praktische Medizin Cöln. Orthopädisch-chirurgische Abteilung.)

Beitrag zur Arthrodese des Talo-cruralgelenkes.

Von

Prof. Dr. K. CRAMER, dirig. Arzt.

Die Arthrodese will das Gelenk ausschalten, aus den beiden Gelenkkomponenten einen einzelnen Knochen machen und auf diese Weise eine lebende Stütze herstellen. Am Talo-cruralgelenk gelingt dieses nach Poliomyelitis peracta nicht immer zur Zufriedenheit des Operateurs und des Patienten. Häufig stellt sich nicht eine knöcherne, sondern eine fibröse Ankylose her, die dem Drucke der Körperlast nachgebend, dem Talus resp. dem Fusse sich nach aussen und innen abzubiegen gestattet. Ein hässliches und unvollkommenes Resultat. Man hat deshalb auch die Bolzung angewendet. Es ist mir bewusst, dass man eine straffe fibröse Vereinigung, die eine geringe Bewegungsexkursion gestattet, für erstrebenswert halten kann, besonders wenn noch einzelne Fussbeweger vorhanden sind und der Arthodese eine Fascio- resp. eine Tenodese hinzugefügt wird. Gern bin ich in geeigneten Fällen diesem Verfahren gefolgt. Die Resultate waren gute. Allein einen grossen Nachteil kann man hierbei nicht übersehen: Die Patienten müssen zeitlebens eine Schiene tragen. Für die poliklinische Praxis unbemittelter Leute ein grosser Nachteil. Diesen suchte ich zu vermeiden durch sichere Herstellung einer festen knöchernen Vereinigung, die eine Schiene unnötig machen sollte. Ich operierte



nach dem bekannten Prinzip der freien Autoplastik eines Periost-Knochenlappens bei Pseudarthrose. Hierbei habe ich ohne Anwendung von Draht oder Nagel gute Erfolge gesehen. Ich weiss nicht, ob auch andere Kollegen diese Methode bei Arthrodesen angewandt haben, konnte in der Literatur hierüber nichts finden.

Die Operation gestaltet sich kurz wie folgt:

Das Talo-cruralgelenk wird freigelegt, der Gelenkknorpel entfernt. Ich mache letzteres mit dem scharfen Löffel. Dann wird aus der Vorderseite der Tibia nach Zurückschlagen eines Hautlappens ein Periost-Knochenlappen von länglicher Gestalt abgelöst und ohne Brücke auf die Vorderseite des entknorpelten Talo-cruralgelenkes gelegt. Ferner kann man ev. noch Sehnenverkürzungen und Sehnenverlagerungen, Fasciodesen und Tenodesen machen. Zum Schluss wird die Haut genäht. Die angefrischten Knochen werden während des Erhärtens des Gipsverbandes aneinander gedrückt. Auf den Röntgenplatten kann man genau verfolgen, wie sich das transplantierte Knochengewebe erst aufhellt und dann allmählich dunkel und dunkler wird, zugleich mit Zunahme der Festigkeit der Ankylose.

Die Operation wurde bisher zweimal ausgeführt und zwar jedesmal mit dem gewünschten, oben besprochenen Erfolge. Nach 4 resp. 8 Wochen liess ich die Kinder im Gipsverband umhergehen, nach 9 resp. 13 Wochen war die Arthrodese vollkommen fest. Die Kinder konnten ohne Stützverband entlassen werden. In beiden Fällen hätte man die Fascien- und Sehnenoperationen nicht zu machen brauchen, wenn man vorher über das gehoffte Endresultat orientiert gewesen wäre.

Fall I. 4jähriges Kind.

Die Kinderlähmung besteht seit 2 Jahren und zwar sind beide Beine betroffen. Vollständig paralytisch sind am linken Unterschenkel: Gastrocnemius und Soleus, paretisch die andere Muskulatur bis auf die Peronaeen.

Operation am 25. 9. 09: Schnitt nach Kocher. Abtragung des Gelenkknorpels. Ein 7 cm. langer Periost-Knochenspan wird aus der rechten Tibia losgelöst, über den unteren Teil der Tibia sowie über die Fusswurzel gelegt und mit einzelnen Catgutnähten fixiert. Verpflanzung der beiden Peronaei auf die Hinterseite des Calcaneus, Fixierung derselben mit Seidennähten am Periost. Raffung der Achillessehne, Gipsverband.

25. 11. Die Arthrodese ist schon ziemlich fest. Das Kind steht mit Gipsverband auf.

6. 1. 10. Der Gipsverband wird weggelassen. Das Gelenk ist fest. Das Kind läuft ohne stützenden Verband herum. Nachts wird das Bein noch in eine Gipshülse gelegt.



Fall II. 7 jähriges **Kind.**

Die Kinderlähmung besteht seit mehreren Jahren. Sie ist lokalisiert hauptsächlich an den Unterschenkeln. Rechterseits funktionieren noch, aber



Fig. 1. **Fall 2.** $6^1/_2$ Wochen nach der Operation.

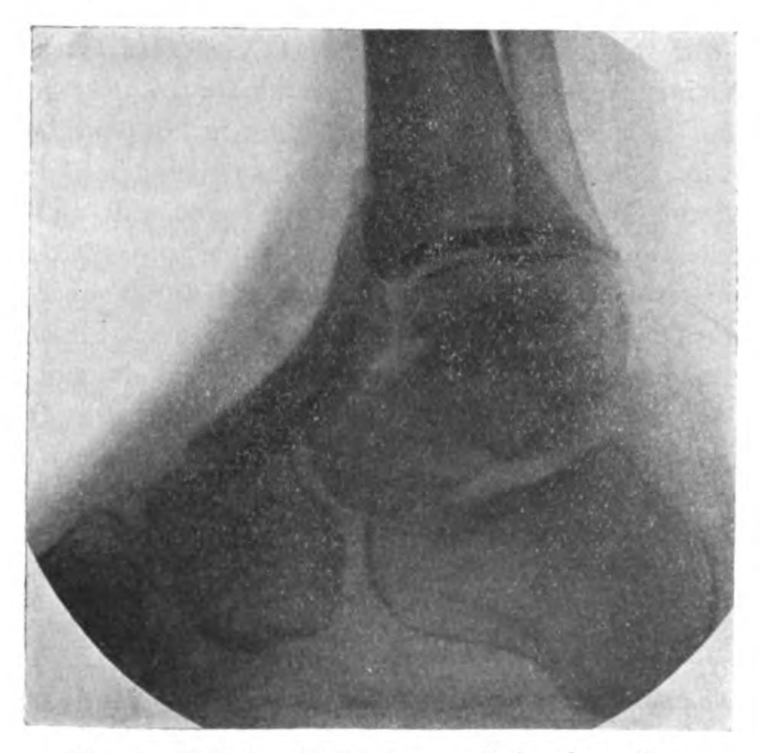


Fig. 2. **Fall 2.** 10 Wochen nach der Operation.

zum Teil sehr mangelhaft: Die Peronaei und die Flexoren. Der tibialis anticus ist sehr schwach.

Operation am 29. 9. 09. Schnitt nach Kocher. Abtragung des Knorpels. Bildung eines Periost-Knochenspans von etwa 7 cm. Länge aus der Tibia desselben Beines. Dieser wird vorne auf das Talo-cruralgelenk gelegt. Er reicht fast bis zum Metatarso-Tarsalgelenk. Fixierung desselben mit einzelnen Catgutnähten. Raffung der Achillessehne. Verpflanzung des Peronaeus longus und brevis unter der Achillessehne her ans mediale Calcaneusperiost. Heilung per primam.

Vier Wochen post operationem steht das Kind mit Gipsverband auf. Nach 9 Wochen ist die Arthrodese vollkommen fest, das Kind läuft herum. Der Fuss wird nachts noch in eine Gipsschale gelegt.

---

1) **I. G. Chrysospathes** (Athen). Die Orthopädie in Hippokrates' Werken,

(Akademische Antrittsrede Athen 1909.)

In dieser Antrittsvorlesung wird in Kürze, aber Schritt für Schritt die Entstehung unseres Spezialfaches verfolgt, seit den Zeiten der indischen Schriften bis zu unseren Tagen, wo allein durch Schul- und Krüppelheimärzte so viel sozialem Uebel erfolgreich entgegengearbeitet wird.

Da die meisten Daten aus der Geschichte der Orthopädie dem deutschen Leser als bekannt vorausgesetzt werden dürfen, würde für ihn nur dasjenige Kapitel dieses Vortrages vielleicht von Interesse sein, in welchem über geschichtliche Nachforschungen über orthop. Leiden und deren Behandlung in Hippokrates' Werken berichtet wird. Hieraus seien einige von denjenigen Stellen hervorgehoben, deren Wahrheit bis zu unseren Tagen voll und ganz sich erhalten hat.

So schreibt H. in dem „*περὶ ἄρθρων*" Kapitel. über Spondylitis: „Wurden die Wirbel durch Krankheiten nach hinten gebracht, dann ist in den meisten dieser Fälle die Rückkehr zur Norm unmöglich, besonders wenn der Gibbus oberhalb des Diaphragma sitzt;" und weiter, „dasselbe gilt von denjenigen, bei denen der Gibbus unterhalb des Diaphragma sich befindet, und die meist mit langwierigen schwer heilbaren, eitrigen Ansammlungen in den Weichen, sowie mit Urinbeschwerden zu tun haben." Ueber die traumatische Spondylitis sagt H.: „selten hat man diese erfolgreich bekämpft und ihren Gibbus redressiert . . . . . ."

Geht man auf die Art und Weise der Redression des Gibbus nach H. näher ein, so findet man, dass diese von den



unsrigen z. Z. üblichen Methoden in Nichts sich unterscheidet; ja man ist hierbei beinahe versucht anzunehmen, dass letztere einfach den Werken H's. entnommen worden sind.

Denn was hat uns Calot mehr als Hippokrates bei der Redression des Gibbus gelehrt, wenn Letzterer den auf den Bauch gelegten Kranken ebenfalls wie Calot an den Beinen und Armen extendiert, und ihm in dieser Lage den Buckel mit der Hand oder mit Hebelkraft niederdrückt? Im Gegenteil, die Methode Hippokrates' war insofern der von Calot über, als H. vor brüsker und grosser Kraftanwendung, wie C. es zuerst haben wollte, dabei ausdrücklich warnt.

Ueber die Deviationen der Wirbelsäule spricht sich H. mit wunderbar klarer Einsicht aus, indem er meint: „dass diese verschiedentlich, selbst bei Gesunden in verschiedenen Lebensaltern sich zeigen, wie es ja bei dem Bau und dem Gebrauch der Wirbelsäule nicht anders zu erwarten wäre."

Auch über die Schwierigkeit der Heilung der angeborenen Hüftgelenksluxation prophezeite H. das, was Jahrhunderte lang als unumstössliche Regel in der Medizin gegolten hat, indem er sagte: „Diejenigen, die die Luxation ihrer Hüfte im Leibe ihrer Mutter acquiriert haben, sind vor allen, die später an der Hüfte luxiert worden sind, am schlimmsten dran.

Ebenfalls muss man H. über seine richtigen, ja zeitgemässen, den angeborenen Klumpfuss betreffenden Ansichten die grösste Hochachtung zollen. Es seien daher diese hier etwas ausführlicher wiedergegeben: „der angeborene Klumpfuss ist heilbar in den meisten Fällen, bei welchen allerdings die Deviation nicht stark ist, oder die Kinder inzwischen nicht zu gross geworden sind. Das beste ist, diese Affektion so bald wie möglich in Behandlung zu nehmen, bevor die Knochen des Fusses sich sehr verkleinert haben und die Muskeln des Unterschenkels stark atrophiert sind.

Man glaubt fast, dass man in einem modernen orthopädischen Lehrbuch über Lorenz's modellierendes Redressement, und von Hoffa's oder von Oettinger's Klumpfussverband liest, wenn man in Hippokrates' Werken folgendes darüber findet: „.... kurz man muss, als ob man Wachs modellierte, die deviierten und gedehnten Partien in ihre normale Form zurückführen, nicht etwa mit Gewalt, sondern sanft ..." Bei diesem von H. ausführlich angegebenen Redressement lässt er nicht einmal die falsche Stellung der Ferse ausser acht, die er nach aussen drückt.

Ueber den darauf folgenden Verband sagt H. weiter, ...



„dass man bei seiner Anlegung die gleiche Wirkung des Redressements im Auge behalten muss. „Der ganze Apparat wird mit Wachssalbe, in der eine starke Dosis von Harz enthalten ist, mit Kompressen und weichen Binden gemacht, welch' letztere man nicht stark anziehen wird.“ „Die Bindentouren führt man in dem Sinne der Redression, derart, dass dadurch der Fuss über seine normale Lage hinaus nach aussen gebracht wird.“ Nachdem dann H. eine Sohle aus Leder oder Blei durch die letzten Bindentouren am Fusse befestigt hat, näht er den Rest der Binde an der Seite der kleinen Zehe, zieht dann die Binde so stark in die Höhe, als es nötig erscheint, und rollt sie schliesslich oberhalb der Wade, um sich dadurch die Stellung, die er dem Fusse gegeben hat, unverändert zu erhalten. Er fügt weiter hinzu: „Diese Art der Behandlung beseitigt den Klumpfuss schneller, als man glaubt, ohne dass Inzision oder Kauterisation sich nötig machen;“ und schliesst dieses Kapitel mit den Worten: „Auf jeden Fall muss zur Wirkung des Verbandes die der Zeit hinzukommen, damit der Körper in normaler Stellung weiter wächst.“ Am Ende genügt ein Blick auf die Bank von Hippokrates, um uns zu überzeugen, dass an derselben die Grundprinzipien unserer neuesten orthopädischen Operationstische vertreten sind.

2) **Zancarini, G.** (Mailand). Rigidità articolari congenite multiple e valgismo bilaterale del collo del femore.

Clinica chirurgica 1909. Nr. 7.

Verf. beschreibt einen Fall von doppelseitiger Coxa valga verbunden mit multipler angeborener Gelenksteifheit. Die primäre angeborene Coxa valga ist sehr selten, dagegen vergesellschaftlicht sie sich ziemlich häufig mit der angeborenen Hüftluxation. Die erworbene Coxa valga ist die Folge verschiedenartiger ätiologischer Momente (statische Deformitäten, Verminderung oder Verlagerung der Belastung auf den Unterextremitäten, Störungen in der funktionellen Synergie des Muskelapparates der Hüfte, Epiphysenlösungen. Frakturen des Schenkelhalses etc.). Die Coxa valga ist nicht in allen Fällen bloss als ein zu anderen Affektionen sekundärer anatomischer Zustand zu betrachten. Einige neuere Beobachtungen zeigen das Vorkommen einer klinischen Form, die gewissermassen der Coxa valga des Jünglingsalters entspricht. Die Symptome sind häufig spärlich und wenig bezeichnend; die besondere Gangweise, die Stellung der Extremität in Abduktion und Rotation nach aussen, die Beschränkung der Adduktion, das Tieferstehen des Trochanters.

die Ungleichheit der Extremitäten sind nicht konstant, und die Diagnose kann ausschliesslich auf Grund des radiographischen Befundes gestellt werden. In einigen Fällen, in denen die Störungen sehr ausgeprägt waren, sind verschiedene ziemlich schwere operative Eingriffe vorgeschlagen und ausgeführt worden, einige mit gutem funktionellen Erfolg. **Buccheri**-Palermo.

3) **Fischer** (Leipzig). Ueber die Wirkung der Muskeln.
Zeitschr. für orthop. Chir. 22. Bd. 1.—3. H. S. 94.

F. bespricht die Wirkungsweise der Muskeln vom mathematisch-physikalischen Standpunkt aus. Der Muskel entfaltet seine Kraft nach zwei Seiten, er zieht am Ansatz, aber auch am Ursprung. Es bewegen sich deshalb auch beide Punkte gegeneinander. Die Muskeln drehen (Bezeichnung der Mechanik) nicht in erster Linie die Gelenke, sondern die Körperteile (d. h. bewegen sie gegeneinander). Massgebend für die Richtung der Bewegung ist das Stück des Muskels, das sich frei von einem Körperteil zum andern erstreckt (beim Quadriceps femoris kommt nur das Endstück zwischen Patella und Tuberositas tibiae als richtungsbestimmend in Frage). Muskeln, die über mehrere Gelenke hinwegziehen, sind durch Knochenvorsprünge, Bänder etc. in ebensoviele eingelenkige Muskeln geteilt, wobei alle Teile unter gleicher Spannung stehen. Die Wirkung der Muskeln kann auch verschieden sein, je nachdem es sich um eine Ausgangsstellung oder eine weitere Phase der Bewegung handelt. Ebenso wirken die Muskeln nicht nur auf das Gelenk, über das sie hinwegziehen, sondern auch auf die benachbarten Gelenke.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

4) **Kroh.** Experimentelle Arthritis deformans.
Deutsche Zeitschr. für Chir. 99. B. 3.—6. H. p. 425.

Um die Preisersche Ansicht, dass eine pathologische Gelenkflächenkongruenz Ursache der Arthritis deformans sei, zu kontrollieren, hat Kr. experimentell durch partielle Resektionen am Kaninchenknie solche Gelenkflächeninkongruenz hergestellt. Die Resultate waren in allen 4 derartig behandelten Fällen eine typische Arthritis deformans, nicht etwa nur eine durch die patholog. Belastung bedingte Deformation. Dem möglichen Einwurf, dass das Gelenktrauma in diesen Fällen Ursache der arthritischen Veränderungen gewesen sei, begegnete Kr. durch weitere Experimente.

Die mikroskopischen Ergebnisse, denen man wohl mit Interesse entgegen sehen darf, stellt Verf. in einer späteren Publikation in Aussicht. **Balsch**-Heidelberg.



5) **Salamone.** Sulle artropatie sifilitiche.

Annali di Med. navale. 1909. Nr. 3.

Verf. berichtet über 4 klinische Fälle zur Erläuterung der Symptomatologie und Pathogenese der syphilitischen Gelenkleiden, deren verschiedene Formen sie darstellen. Im vierten ist das gleichzeitige Bestehen einer typischen Form von spezifischer Cardiopathie zu verzeichnen. In den chronischen Formen empfiehlt er Thermomineralbäder und Schlammbäder. **Buccheri**-Palermo.

6) **L. Dominici** (Rom). Ricerche cliniche sull'azione del jodio nei tessuti tubercolari.

Il Policlinico. Sez. chir. 1909. fasc. 6.

Dominici hat seine Untersuchungen durchgeführt an 8 Fällen von tuberkulöser Arthrosynovitis, bei denen intraartikuläre Einspritzungen mit Jodlösung nach Durante vorgenommen worden waren; an 7 Fällen ebenfalls mit tuberkulöser Arthrosynovitis, bei denen eine allgemeine Jodkur mit derselben Lösung gemacht worden war; an 7 Fällen von verschiedenen pathologischen Läsionen, bei denen lokale Einspritzungen gemacht worden; und an weiteren 6 Fällen, bei denen er allgemeine hypodermale Einspritzungen vorgenommen hatte. In sämtlichen Fällen sowohl von Tuberkulose als sonstiger krankhafter Prozesse, bei denen das Jod durch allgemeine hypodermale Injektionen gegeben worden war, fand sich nie Jod in den pathologischen Geweben und auch nicht in den die Krankheitslokalisation umgebenden gesunden Geweben, fern von der Injektionsstelle.

In den Fällen dagegen, in welchen das Jod direkt in die geschädigten Gewebe eingeführt worden war, hat es sich oft vorgefunden, aber mit einem erheblichen Unterschied zwischen den Fällen mit tuberkulöser Arthrosynovitis und den sonstigen Fällen. Falls das Jod durch allgemeine hypodermale Injektionen verabfolgt wird, bleibt es nicht in Kontakt mit den tuberkulösen Geweben, sondern wirkt nur als Regenerator oder Kräftigungsmittel des Organismus und erhöht auch den Index opsonicus. Falls es direkt in den tuberkulösen Herd eingeführt wird, entfaltet es nicht nur die nämliche allgemeine Wirkung, sondern bedingt in situ einen irritativen Prozess und demnach das Herbeieilen von Leukozyten, von Serum und damit einer grösseren Menge bakterientötender antitoxischer Stoffe, die dasselbe sicher enthält, und vielleicht an Opsoninen.

Buccheri-Palermo.



7) **H. Luxembourg** (Köln). Zur Kasuistik seltener Epiphysenverletzungen.

Deutsche Zeitschr. für Chir. 99. Bd. 3.—6. H. p. 343.

Kurze kasuistische Mitteilung von 2 Fällen von Abreissung der Eminentia intercondyloidea tibiae (Ansatz der Ligg. cruciata) mit einem Stück der Tibia-Epiphyse, der 1. konservativ, der 2. operativ behandelt, aber beide nicht vollkommen befriedigend. Weiter 1 Fall von Fraktur der Epiphyse der 1. Grosszehenphalanx und 3 Fälle von Epiphysenlösungen an den Fingergliedern.

Balsch-Heidelberg.

8) **H. Zuppinger.** Nachtrag zum Mechanismus der Torsionsfraktur.

Bruns Btrg. z. kl. Chir. 64. Bd. 3 H. p. 562.

Wird ein Zylinder um seine Achse gedreht, so gehen die geraden Linien des Zylindermantels in Schraubenlinien über, und erleiden dadurch eine Zugspannung. Wenn die Zugspannung die Elastizitätsgrenze überschreitet, so entsteht der Bruch (Torsionsfraktur),

Bei kleiner Verdrehung bildet die Richtung der höchsten Zugspannung mit den Kanten des Zylinders einen $\sphericalangle = 45^0$, Steigung der Schraubenlinie ebenfalls $= 45^0$. Beide stehen senkrecht aufeinander. Bei stärkerer Verdrehung bildet die höchst gespannte Faser eine flachere, die Bruchlinie eine steilere Schraube.

Balsch-Heidelberg.

9) **Birt.** Ueber das spätere Schicksal kindlicher Frakturen.

Bruns Btrge. zur kl. Chir. 64. Bd. 2. H. p. 437.

Die vom Verf. zusammengestellten 104 Fälle von kindlichen Frakturen (Ellenbogen, Vorderarm, Ober- und Unterschenkel) aus dem Material des Allg. Krankenhauses Hamburg-Eppendorf lehren uns, dass ein konservatives, aber möglichst aktives Verfahren wohl die besten Resultate ergibt. Es wurden zumeist Extensionsverbände später event. Gehgipsverbände angelegt, vor allem aber möglichst frühzeitig mit Massage und orthopädischen Uebungen begonnen. Das funktionelle Resultat war damit selbst in Fällen, in denen schwere Dislokationen bestanden hatten und es mit der Behandlung nicht gelungen war, dieselben auszugleichen, ein vorzügliches. Geringe Varus- oder Valgusstellung des Ellbogengelenkes beeinträchtigte die Funktion garnicht. In vielen Fällen, die mit Dislokation aus der Behandlung entlassen wurden, hat sich ein normales Knochenbild wieder hergestellt, und Verkürzungen des Oberschenkels haben sich bis zu $2^1/_2$ cm. ausgeglichen. **Balsch**-Heidelberg.

10) **A. Wildt** (Andernach). Beiträge zur Extensionsbehandlung.

Deutsche Zeitschr. für Chir. 99. Bd. 3.—6. H. p. 237.

Verf. hat festgestellt, dass der Kraftverlust bei der Extensionsbehandlung der Frakturen ein sehr bedeutender werden kann, dass aber grosse Rollen denselben bis 20% herabsetzen können. — Um bei komplizierten Frakturen ebenfalls die Extensionsbehandlung zu ermöglichen, hat W. einen aufklappbaren Verband ersonnen, wobei die Längsextension über der Wundstelle durchgetrennt und mit Heftklammern, wie sie an Mustersendungen usw. gebraucht werden, vereinigt wird. — Bei tiefsitzenden Unterschenkel- und Knöchelbrüchen wendet W. eine Heftpflastergegenextension an, die in einen Spalt der Längsextension angreift und bis zur Spina il. sup. reicht. Die Einzelheiten dieser sehr zweckmässigen Modifikationen sind im Original nachzulesen. **Balsch**-Heidelberg.

11) **K. Heuschen** (Tübingen). Zur Theorie und Praxis der Extensionsbehandlung der Ober- und Unterschenkelbrüche (Extension in Entspannungslage).

Arch. f. Orth., Mechanother. und Unfallchirurgie. Bd. VII, 4.

Die Gehverbandbehandlung frischer Frakturen des Unter- und Oberschenkels hat sich trotz mannigfaltiger Vorzüge nicht einbürgern können, einmal weil die Verbandtechnik eine schwierige ist, dann weil sekundäre Belastungsverkürzungen und monströse hypertrophische Calli beobachtet sind, die funktionsbehindernd werden können. Die Konkurrenzmethode ist das Bardenheuer'sche Extensionsverfahren, eine glückliche Verschmelzung des anatomischen und funktionellen Behandlungsprinzipes. Nun wirken aber hier wegen der Streckstellung des Beins mehrere Momente dislozierend: 1. die aktive Kontraktionsfähigkeit des Muskels, 2. die elastische Retraktion und die spätere narbig-nutritive Verkürzung des Muskels, 3. die elastische Tension des übrigen elastischen Gewebes (Haut, Fascie, Muskelhüllen).

Daher muss man zur Reposition und Fixation der Fraktur eine Stellung des Beins suchen, in welcher die kleinstmögliche Weichteilspannung besteht. Diese Stellung ist die physiologische Gleichgewichtslage der Muskeln (s. Zentralbl. Bd. III, Heft 7, p. 364, Extension in halber Beugestellung — Hängemattenextension. Näheres über Anwendung derselben s. Referat an oben angegebener Stelle). **Ewald**-Hamburg.

12) **H. Zuppinger.** Die Muskelentspannung bei der Permanentextension der Ober- und Unterschenkelfrakturen.

Bruns Btrg. z. klin. Chir. 64. Bd. 3. H. p. 567.

Verfasser geht aufs neue auf die seiner Extensionsmethode zugrunde liegende Muskelentspannung ein, die bei Semiflexion in Hüft- und Kniegelenk eintritt, und widerlegt einige in letzter Zeit dagegen erhobene Einwände. Sowohl anatomische Ueberlegungen, wie Messungen der Muskellängen in den verschiedenen Lagen (Vogel), und die Erfahrung, dass zu wirksamer Extension bei der Semiflexion in Knie und Hüfte ein bedeutend geringeres Gewicht notwendig ist als bei gestreckten Gelenken, sprechen für die Richtigkeit der Annahme der Muskelentspannung. Die Flexion im Kniegelenk muss dabei stets eine grössere sein als die im Hüftgelenk.

Balsch-Heidelberg.

13) **M. Kirschner.** Ueber Nagelextension.

Bruns Btrg. zur klin. Chir. Bd. 64. 1. H. p. 266.

Verf. berichtet über 3 Fälle von Frakturen (2× Oberschenkel 1× Unterschenkel) aus der Greifswalder chirurg. Klinik, die mit Nagelextension erfolgreich behandelt wurden. Auf Grund davon sieht er in der Steinmannschen Nagelextension ein wertvolles Mittel in der Behandlung widerspenstiger Frakturen, bei denen die anderen Methoden nicht zum Ziele führen. Die Extensionskraft ist eine sehr grosse und die Extension dabei völlig schmerzlos. Um das bei grossen Gewichten meist lästige Nachgeben des Patienten zu vermeiden, schlägt Verf. vor, am proximalen Frakturende ebenfalls eine Nagelgegenextension anzubringen, und gibt einen derart konstruierten Apparat an, dessen genaue Beschreibung für später in Aussicht gestellt wird. **Balsch**-Heidelberg.

14) **W. Anschütz.** Erfahrungen mit der Nagelextension.

Deutsche Zeitschr. für Chir. 101. Bd. 5.—6. Heft p. 429.

Anschütz bekennt sich als Anhänger des Bardenheuerschen Extensionsverfahrens, von dem er nur gezwungen abgeht. Dann aber leistet die Steinmannsche Nagelextension als Ergänzung Vorzügliches. 4 Gruppen von Frakturen, wo die Nagelextension angewendet werden kann.

1. veraltete Frakturen mit Pseudarthrosen und verschleppte Fälle.
2. komplizierte Frakturen (bes. auch Schussfrakturen).
3. frische Frakturen mit unbefriegendem Resultate bei der üblichen Behandlung.



4. Sonstige therapeutische Verwendung.

Die von A. mitgeteilten Fälle sprechen durch die überraschend guten Erfolge sehr für die Methode. Dennoch mahnt Verf., sie nicht als Normalmethode anzusehen, da sie nicht ganz ungefährlich sei (Infektion!), und will sie nur für die genannten Ausnahmefälle reserviert wissen. **Balsch**-Heidelberg.

15) **Steinmann.** Gegenwärtiger Stand der Nagelextension.
Arch. für kl. Chir. 89. Bd. 4. p. 1130.

Es ist der Bericht, den der Erfinder der Nagelextension auf dem diesjährigen Chirurgenkongress über den Stand der Methode gibt unter genauer Schilderung der Methode und des von ihm gebrauchten Instrumentariums, das bei Schärer (Bern) erhältlich ist. Die Nagelextension ist wirksamer als die Bardenheuersche Extension, daher besonders in veralteten Fällen und in solchen, in denen die Pflasterextension aus irgend welchen Gründen nicht anwendbar ist, von grossem Nutzen. Sie hat sich auch schon zahlreiche Anhänger erworben unter den Chirurgen. **Balsch**-Heidelberg.

16) **Onorato** (Genua). L'acido osmico nella cura dei ritardi di consolidazione delle fratture e delle pseudo-artrosi.
Accademia medica di Genova. Seduta 10 aprile 1909.

In 2 Fällen von Verzögerung der Konsolidierung hat O. mit bestem Erfolg die Osmiumsäure verwendet; in dem einen derselben war es nicht einmal dem früher ausgeführten Operationsakt, bestehend in Anfrischung der Knochenenden mit Metallnaht, gelungen, Heilung herbeizuführen. Erst nach Einspritzung von Osmiumsäurelösung in die Frakturstelle wurde die Bildung eines klinisch und röntgenographisch gut konsolidierten Callus erhalten.
Buccheri-Palermo.

17) **L. Freund** (Wien). Die Strahlenbehandlung der Knochentuberkulose.
Münch. med. Woch. 1909. 41.

In Leysin setzt sich die Behandlung der Knochentuberkulose aus drei Komponenten zusammen, 1. den guten klimatischen Verhältnissen, 2. dem kräftigenden hygienischen Regime, 3. der Heliotherapie, die bei 1450 m Seehöhe intensiver sein kann als in der Ebene.

Früher hat man angenommen, dass die ultravioletten Strahlen als die am meisten bactericid wirkenden — die guten Resultate bei



der Behandlung herbeiführten, diese haben jedoch eine zu geringe Tiefenwirkung. Anders ist es mit den längerwelligen Strahlen, die zwar keine baktericide Wirkung haben, aber eine entzündungserregende. Diese Strahlen lassen sich auch sehr gut durch das elektrische Bogenlicht der Kalziumeffektkohlen hervorbringen. — Auch Röntgenstrahlen hat F. mit gutem Erfolg angewandt in allen Fällen, wo kleine oder oberflächlich gelegene Knochen erkrankt sind (Mittelhand- und Fussknochen, Skapula, Rippen), wo die Synovialis nicht am Prozess beteiligt ist, und wo keine Eiterretention statt hat, (also bei Fisteln). Hier schwinden die Schmerzen, der Eiter wird dünner, die Granulationen schwinden und die Fisteln schliessen sich; manchmal schon nach wenigen (8) Bestrahlungen. Doch ist in jedem Falle eine mehrmalige, durch 5 wöchentliche Intervalle von der vorhergehenden getrennte Nachbehandlung anzuschliessen. Vorbedingung ist eine kräftige Reaktion (Erythem), und eine entsprechende chirurgische Nebenbehandlung (Evakuierung von Eiter und Knochen). Resultate: von 10 Fällen 6 Heilungen, 2 Besserungen, 2 Misserfolge (Karies tiefliegender grosser Knochen!) F. rät, die Versuche fortzusetzen. **Ewald**-Hamburg.

18) **H. Frankenstein.** Ueber freie Knochentransplantation.

Bruns Btrge. zur klin. Chir. 64. Bd. 1. H. p. 121.

Im städtischen Krankenhaus Karlsruhe führte Prof. v. Beck wegen Sarcoma femoris eine ausgedehnte Resektion des Femur aus und implantierte in den Defekt ein entsprechendes Stück der Fibula der gleichen Extremität. Da das Bein wegen Recidivs nach 5 Monaten exartikuliert werden musste, bot sich dem Verfasser Gelegenheit zur genauen mikroskop. Untersuchung des implantierten Knochens. Er fand keine regressiven Prozesse am Knochen und tritt damit in Gegensatz zu Axhausen, der aus seinen Versuchen das Gesetz aufstellte, dass implantiertes Knochengewebe im neuen Organismus stets abstirbt und von dem Periost und Mark aus neugebildet wird. **Baisch**-Heidelberg.

19) **Silvestri e Tosatti** (Modena). Teoria surrenale dell'osteomalacia. Capsulectomia unilaterale e gravidanza.

La Riforma medica 1909. Nr. 34.

Bei einer Reihe von Versuchen, bei denen sie an 5 Meerschweinchen und 3 Kaninchen in verschiedenen Stadien der Gravidität die einseitige Nebennierenexstirpation vornahmen, haben Verff. niemals die geringsten funktionellen oder anatomischen Läsionen



konstatiert, welche an die Osteoporosis, die Osteomalazie erinnert hätten. Infolgedessen lässt sich der Sekretion der Nebennieren jeder Einfluss auf die Genese der Osteomalazie absprechen.

Buccheri-Palermo.

20) **Nakayama.** Das hämorrhagisch-cystische Sarcom der langen Röhrenknochen und seine Beziehungen zu Knochenaneurysma und Knochencyste.

Bruns. Btrge. z. kl. Chir. 64. Bd. 2. H. p. 524.

In den myelogenen Sarkomen kommt es durch den Reichtum an Blutgefässen bisweilen zu Hämorrhagien und schliesslich zu zystischen Hohlräumen, die mit Blut gefüllt sind.

Diese hämorrhag.-cystischen Sarkome können Rezidive und Metastasen von gleichem Bau machen. Die als Knochenaneurysmen beschriebenen Bildungen sind häufig identisch mit diesen Sarkomen, kommen jedoch auch als selbständiges Krankheitsbild vor, dies kann nur durch mikroskopische Untersuchung entschieden werden. Auch die Knochenzysten entstehen häufig aus solchen hämorrhagisch zystischen Sarkomen.

Baisch-Heidelberg.

21) **Laccetti** (Neapel). Il metodo di Bier in terapia chirurgica.

Riforma medica. 1909. Nr. 17—19.

Verf. gibt zunächst einen geschichtlichen Ueberblick über die Stauungshyperämie und bespricht die Modalitäten der Technik. Im Anschluss daran berichtet er über eine lange Reihe von klinischen Beobachtungen der verschiedensten chirurgischen Läsionen, in denen die Biersche Hyperämie zur vollständigen Heilung führte. Von grosser Wichtigkeit sind darunter die Fälle von Knochentuberkulose und vor allem die mit akuter Infektion und Eiterungen. Schliesslich teilt Verf. noch eine Reihe experimenteller Untersuchungen am Kaninchen mit.

Buccheri-Palermo.

22) **v. Haberer.** Ein Fall von multiplen Enchondromen und Exostosen.

Arch. für kl. Chir. Bd. 89. 3 Heft p. 782.

Kasuistische Mitteilung eines durch die besondere Grösse der chondromatösen Tumoren seltenen und interessanten Falles, der das ausgesprochene Bild der Kombination von Enchondromen und Exostosen mit gleichzeitigen Wachstumsstörungen bietet. Die Tumoren hatten durch ihre Grösse und den jauchigen Zerfall zu eingreifenden und z. T. verstümmelnden Operationen Veranlassung gegeben.

Baisch-Heidelberg.

23) **E. v. Kutscha.** Beitrag zur Kenntnis der Ostitis deformans.

Arch. kl. Chir. Bd. 89. 3. H. p. 758.

Verf. liefert durch 3 Fälle aus der chirurg. Klinik in Wien (v. Eiselsberg) einen Beitrag zur Statistik der Ostitis def., die seit Paget's Beschreibung 1876 ein wohlcharakterisiertes Krankheitsbild ist. Beginn meist mit charakteristischer Deformation eines Schienbeins, dann Erkrankung weiterer Knochenpartien, an der Tibia, Vorderarmen, Schädel, Claviculare, Wirbelsäule, Becken. In den späteren Stadien bekommen die Patienten den Habitus von anthropomorphen Affen. Röntgenologisch ist vor allem eine Auffaserung der Kortikalis nachzuweisen. Aetiologisch ist die Krankheit noch wenig aufgeklärt, vielfach mit Lues in Verbindung gebracht, andere Autoren finden in chronisch entzündlichen Zuständen die Ursache. Namentlich in den Anfangsstadien ist sie von verwandten Knochenerkrankungen oft schwer zu trennen.

Baisch-Heidelberg.

24) **Biesalski** (Berlin). Wesen und Verbreitung des Krüppeltum's in Deutschland.

Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. XXII, Heft 1—3, S. 323.

Verf. gibt in kurzem Auszuge die Ergebnisse der Krüppelzählung bekannt. Es existieren danach in Deutschland (abzüglich Bayern, Baden und Hessen, die in anderer Weise gezählt haben) 75 183 Krüppel oder 1,48 auf 1000 Einwohner. Von diesen sind nach dem Urteil der Aerzte 42 249 heimbedürftig. B. definiert den heimbedürftigen Krüppel als einen in dem Gebrauch seines Rumpfes oder seiner Gliedmassen behinderten Kranken, bei welchem die Wechselwirkung zwischen dem Grad seines Gebrechens und der Lebenshaltung seiner Umgebung eine so ungünstige ist, dass die ihm verbliebenen geistigen und körperlichen Kräfte zur höchstmöglichen wirtschaftlichen Selbständigkeit nur in einer Anstalt entwickelt werden können, welche über die eigens zu dem Zwecke notwendige Vielheit ärztlicher und pädagogischer Einwirkungen gleichzeitig verfügt. Rund 3000 Betten stehen bis jetzt zur Verfügung. Eine wesentliche Vermehrung ist dringend anzustreben.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

25) **Rosenfeld** (Nürnberg). Rationelle Hülfe in der Krüppelfürsorge.

Zeitschr. für orthopädische Chir. 22. Bd. 1.—3. H. S. 344.

B. gibt zunächst eine Uebersicht über die verschiedenen in Deutschland und im Ausland bestehenden Krüppelheime und ihre



Entwicklung. Es ist danach überall die Zahl der Krüppel sehr viel grösser als die zur Verfügung stehenden Betten. Deshalb ist die Errichtung weiterer Anstalten, welche der Heilung, Erziehung, gewerblichen Ausbildung und bei Unheilbaren der dauernden Versorgung dienen sollen, anzustreben. Auch die Prophylaxe der Verkrüppelung soll ernstlich in Angriff genommen werden. Ausser der stationären Klinik soll ein Ambulatorium eingerichtet werden, um auch die Fälle, die keiner längeren Bettruhe bedürfen, zu versorgen. Auch die Erziehungsanstalt soll von Externen besucht werden können. Die Zahl der Krüppel, die eine dauernde Versorgung nötig haben, glaubt R. mit 15% annehmen zu können. Verf. ist der Meinung, dass möglichst grosse Krüppelheime am praktischsten und billigsten im Betrieb sein werden. Im Anschluss an die Universitäten würden sich solche Anstalten nach des Verf. Ansicht am besten entwickeln und zugleich auch für den Unterricht in der Orthopädie, für die R. eine grössere Berücksichtigung verlangt, nutzbar gemacht werden können. Schliesslich weist Verf. darauf hin, dass jeder Krüppel, der erwerbsfähig wird, statt der Wohltätigkeit zur Last zu fallen, einen erheblichen Zuwachs des Nationalvermögens bedeutet. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

26) **Wittek** (Graz). Bandagistenkurpfuscherei und Krüppelfürsorge.

Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. XXII, H. 1—3, S. 371.

W. weist darauf hin, dass durch die nichtkontrollierte Tätigkeit der Bandagisten in der Krüppelfürsorge mancherlei Unheil angerichtet werden könne, teils weil viele Deformitäten durch Apparate nicht geheilt werden können und so unnütze Zeitversäumnisse und Kosten entstehen, teils weil auf diese Weise der richtige Zeitpunkt für einen operativen Eingriff (Lux. cox.) versäumt wird.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

27) **Charnowska** (Petersburg). Bericht über das 10jährige Bestehen der „Werkstatt für Krüppel an der orthopädischen Abteilung der Maximilian-Heilanstalt“ in St. Petersburg.

Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. XXII, H. 1—3, S. 401.

Ch. schildert die Entstehung und Entwicklung der orthopädischen Werkstatt der Maximilian-Heilanstalt, die nur Krüppel in ihrem Betriebe beschäftigt. Einzelne Vorrichtungen, die zum Ersatz verlorener Gliedmassen bei verschiedenartiger Arbeit dienen, werden genauer beschrieben. Es werden in dieser Werkstatt auch eine



Reihe im Kriege verletzter Soldaten beschäftigt. Nach völliger Ausbildung können die Zöglinge entweder in der Anstalt weiter gegen Lohn arbeiten oder in andere Betriebe übertreten. Im ganzen konnten 72 % der Aufgenommenen wieder arbeitsfähig gemacht werden. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

28) **H. Steinert** (Leipzig). Ueber Polyneuritis syphilitica.
Münch. med. Woch. 1909. 38.

In Anschluss an den Bericht über zwei Fälle kommt St. zu folgenden Resultaten: es gibt eine Polyneuritis luetica, die meist im frühen Sekundärstadium zugleich mit anderen syphilitischen Erscheinungen an Haut und Schleimhaut auftritt. Die Vermutung, es könne sich in diesen Fällen um eine Quecksilberinfektion handeln, ist zurückzuweisen: der Merkurialismus führt im Allgemeinen keine polyneuritischen Prozesse herbei. Nur bei einer schweren akuten Quecksilbervergiftung kann man nach ganz vereinzelten Erfahrungen mit der Möglichkeit rechnen, dass sie eine Polyneuritis verursachen könne. Das klinische Bild entspricht der symmetrischen Polyneuritis, häufig ist die pseudotabische Verlaufsform. Die Prognose ist nicht absolut günstig, eine energische Hg.kur ist in allen Fällen angezeigt. **Ewald**-Hamburg.

29) **L. Andernach** (Königsberg). Ein Fall von Oedème bleu und Differenz der Kniephaenomene.
Münch. med. Woch. 1909. 43.

Bei einem 19 jährigen Dienstmädchen mit anderen deutlichen Zeichen von Hysterie trat nach einem unerheblichen Fall auf den Ellenbogen eine Lähmung und Kontraktur der linken Hand auf mit totaler Anaesthesie, deutlicher Schwellung und bläulicher Verfärbung der Finger. Die Schwellung war hart, die Finger glänzend. Eine Behandlung konnte an dem Zustand nichts ändern. — Besonders war an dem Bilde der Hysterie, dass die Patellarreflexe nicht auszulösen waren. **Ewald**-Hamburg.

30) **K. Cramer** (Köln). Ueber metatraumatische vasomotorisch-trophische Neurosen.
Arch. f. Orth., Mechanother. u. Unfallchir. 1909. Bd. VII, 4.

Die bekannteren Krankheitsformen der Vasomotilität und Trophik sind die Akroparaesthesie, die Raynaudsche Krankheit (asphyxie locale et gangrène symmétrique des extrémités), die Erythromelalgie (zentrale Neurose mit vasomotorischen, sensiblen und



sekretorischen Symptomen), die Sklerodermie. In der Aetiologie spielt immer die neuropathische Diathese eine Hauptrolle. Weiter gehören hierher die „flüchtigen oedematösen Schwellungen" (Quincke).

Genaue Mitteiluug dreier Krankengeschichten von 34, 43 und 56 Jahre alten Männern, die alle eine Quetschung der Hand resp. des Unterarms erlitten hatten. Die Hand schwoll sofort oder nach einiger Zeit an, war so gut wie unbrauchbar, Schmerzen und Bewegungsstörungen bestanden im ganzen Arm, und die ganze Konstitution litt so, dass die Patienten den Eindruck von Schwerkranken machten (Depression). Einmal wurde der Arm amputiert, ohne dass das Gesamtbefinden sich besserte, einmal trat $2^1/_2$ Jahre nach dem Unfall der Exitus ein.

Die Diagnose ist äusserst schwierig, differential-diagnostisch kommt das harte traumatische Oedem des Handrückens in Betracht, ferner das hysterische Oedem (Oedème bleu von Charcot und Oedème blanc von Sydenham). C.'s Fällen ähnliche Krankengeschichten sind in der Literatur nur wenig bekannt und dann ohne traumatische Aetiologie (6 Fälle). **Ewald**-Hamburg.

31) **Buccheri.** Studio clinico sulle modificazioni dei muscoli paretici uniti a muscoli sani con innesto laterale tendineo.

Archivio di ortopedia 1909. fasc. 2.

Verf. kommt zum Schluss:

1. durch die seitliche Einpflanzung eines gelähmten Muskels auf einen gesunden kehrt der leidende Muskel zum regulären Trophismus und zur Funktion zurück.

2. Durch Vernähung zweier von zwei verschiedenen Nerven abhängigen Muskel können derartige Verhältnisse geschaffen werden, durch die die Funktion des einen der beiden Nerven, der sie eingebüsst hat, mehr oder weniger vollständig durch den anderen, d. h. durch den Nerven des Stützmuskels übernommen wird.

Buccheri-Palermo.

32) **O. Förster.** Ueber die Behandlung spastischer Lähmungen mittels Resektion hinterer Rückenmarkwurzeln.

Mitt. aus d. Grenzgeb. der Med. u. Chir. Bd. XX, H. 3, p. 493.

Zunächst gibt der Verf. einen neurolog. Ueberblick über die Komponenten, die das Krankheitsbild bei einer Unterbrechung der Leitungsfähigkeit der Pyramidenbahn zusammensetzen. Auf der einen



Seite steht die paretische Komponente oder Aufhebung der corticogenen Erregbarkeit der Muskeln, auf der anderen Seite die Steigerung der peripherogenen Erregbarkeit, deren Erscheinungen gebildet werden von einer Steigerung der Sehnenreflexe, zweitens Steigerung der Periost- und Weichteilreflexe, drittens Auftreten unwillkürlicher Mitbewegungen und viertens von den spastischen Muskelkontrakturen. Das reflektorische Auftreten dieser Erscheinungen wird auch dadurch erwiesen, dass sie in allen Fällen, in denen bei gleichzeitiger Erkrankung der Pyramidenbahn eine solche der Reflex vermittelnden Bahnen (hintere Wurzeln, Wurzeleintrittszehe) besteht, vermisst werden. Diese Ueberlegung brachte den Verf. auf die Idee, als rationellste Therapie eine operative Durchtrennung eines Gliedes des Reflexbogens zu versuchen und als solches konnten wiederum als einzig isolierbares Stück des sensiblen Teiles nur die hinteren Wurzeln in Betracht kommen. Um die durch eine ausgedehntere Verletzung hinterer Wurzeln auftretenden Störungen (Sensibilitätsstörung, Ataxie) zu vermeiden, sollten von den mit der sensiblen Versorgung eines Gebietes betrauten Wurzeln höchstens 2 benachbarte, oder von 2 benachbarten nur eine jeweils reseziert werden, was sich umso eher durchführen lässt, da jede Muskelgruppe ihre motor. und sensible Innervation aus mehreren (3—6) Segmenten des Rückenmarks erhält.

Nach diesen Erklärungen der neurolog. Basis des Operationsverfahrens teilt Verf. 5 Fälle mit, die mit ausgezeichnetem Resultat mit dieser Methode behandelt wurden. Es sind 2 Fälle Little'scher Krankheit, je 1 Fall spastischer Paraplegie der Beine bei Spondylitis tbc. und bei multipler Sklerose, und 1 Fall zerebraler Hemiplegie. Das Resultat der 5 Fälle bezieht sich auf 4 Punkte: erstens trat eine erhebliche Besserung der Muskelspasmen auf, zweitens wurde die patholog. Steigerung der Reflexe (Sehnen- und Weichteilreflexe) beseitigt, ebenso drittens die Mitbewegungen und viertens trat eine erhebliche Besserung der willkürlichen Beweglichkeit der Glieder auf, die z. T. durch den Wegfall des Widerstandes der spastisch kontrahierten Muskeln bedingt war. Die Kinder (Fall I—IV) lernten gehen, stehen usw. Eine sorgfältige Nachbehandlung, die unter Umständen von orthopäd. Operationen (Sehnentransplantationen, Teno-Myotomien) unterstützt werden muss, ist dabei notwendig.

Indikationsgebiet der Methode sind vor allem die Fälle von schwerer Little'scher Krankheit, dann die Kompressionsmyelitiden, multiple Sklerose u. A. **Balsch**-Heidelberg.



33) **Tietze** (Breslau). Die Technik der Förster'schen Operation.

Mitteil. aus d. Grenzg. d. Med. u. Chir. Bd. XX, H. 3, p. 559.

Im Anschluss an die ausführliche Mitteilung Försters über die neurolog. Grundlagen und Erfolge seiner Operation gibt T. eine genaue Schilderung der Technik, die im Original nachgelesen werden muss. Es sei nur hervorgehoben, dass die Operation zweizeitig (1. Akt Laminectomie, 2. Akt Eröffnung der Dura und Wurzelresektion) ausgeführt wird. Eine peinliche Hautpflege vorher ist für die Asepsis notwendig. Die Operation ist als ein grosser Eingriff zu bezeichnen. Doch sind die Chancen keine ungünstigen. Bisher ist die Operation 13 mal ausgeführt mit 2 Todesfällen.

Balsch-Heidelberg.

34) **Virnicchi.** Altri 8 casi disutura dei nervi periferici.

Studium 1909. Nr. 4.

Klinische Fälle mit kurzen Betrachtungen.

Buccheri-Palermo.

35) **Meissner.** Bericht über 600 Lumbalanästhesien.

Bruns Btrge. z. kl. Chir. 64. Bd. 1. H. p. 62.

Auf Grund der Erfahrungen an 600 Lumbalanästhesien aus der Tübinger chirurg. Klinik, spricht sich Verf. doch sehr zurückhaltend über den Wert des Anästhesierungsverfahrens aus. In der letzten Periode, in der die technische Uebung und Erfahrung am besten waren, blieben noch 4,1% Versager und 24,6% Neben- und Nachwirkungen zum Teil ziemlich schwerer Art. Den Todesfall an Coma diabetic. nach Lumbalanästhesie ist Referent doch geneigt, der Lumbalanästhesie zuzuschreiben, da auch andere Autoren die gleiche Erfahrung machten, dass die L.-A. bei Diabetes den Eintritt des Coma begünstigt.

Balsch-Hamburg.

36) **J. Riedinger** (Würzburg). Ueber typische Abrissfrakturen von Dornfortsätzen der untersten Hals- und obersten Brustwirbelsäule.

Arch. für Orthop., Mechanother. und Unfallchirurgie. Bd. VII. 4.

Fall eines 38 jährigen Erdarbeiters, der beim Ausschaufeln eines 2 m tiefen Kanals plötzlich einen lebhaften Schmerz zwischen den Schulterblättern verspürte, so dass er die Arbeit unterbrechen musste. Ein Versuch, sie nach 14 Tagen wieder aufzunehmen, misslang. Druckschmerz am Prozessus spinosus des 2. Brustwirbels, Schmerzen bei Erhebung des Arms über die Wag-



rechte hinaus. Am Röntgenbild findet sich eine doppelte Konfiguration des 2. Brustdornfortsatzes: die Spitze ist von der Basis getrennt und nach abwärts verschoben. Als Entstehung der Rissfraktur ist einseitiger Muskelzug anzunehmen, wie einige ähnlich geartete Fälle schon in der Litteratnr beschrieben worden sind (Henschen, Sauer, v. Frisch — 8 Fälle, 4 davon durch aktive Schleuderbewegung mit der Schaufel entstanden.). Genaue Untersuchung des Mechanismus des Zustandekommens: die Fraktur ist auf die hemmende Wirkung des Rhomboideus im Momente der Serratuskontraktion (Schleudern des Arms in die Höhe) zurückzuführen. **Ewald**-Hamburg.

37) **Berghausen, G.** (Cöln). „Ueber Wirbelverletzungen."
Deutsche Zeitschr. für Chir. 99. Bd. 3.—6. H. p. 284.

Nach Verf. haben die Wirbelsäulenverletzungen im letzten Dezennium an Häufigkeit zugenommen, was auf der besseren Diagnosenstellung beruht namentlich der leichteren Fälle, die klinisch unsichere Symptome darbieten. Die Röntgenaufnahmen ermöglichen diese besseren Diagnosen, aber auch sie erfordern eingehendes, systematisches Studieren und Erfahrung zur richtigen Deutung. Verf. bringt denn 4 einschlägige Fälle aus dem Bürgerhospital in Cöln, bei denen durch die zwecks Begutachtung angefertigten Röntgenogramme erst die Wirbelfrakturen gefunden worden waren.
Balsch-Heidelberg.

38) **Cocci, Gior.** (Arezzo). Contributo alla diagnosi e alla cura delle fratture della colonna vertebrale.
Il Cisalpino, febbraio. 1909.

Zwei klinische Fälle mit kurzen Betrachtungen über die Behandlung dieser Frakturen. **Buccheri**-Palermo.

39) **Fioravanti.** L'intervento chirugirco nella cura dell'-osteite tubercolare dei corpi vertebrali.
Il Morgagni, Parte I. 1909. Nr. 6—7.

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Der blutige Eingriff an den Wirbelkörpern mit tuberkulöser Ostitis ist technisch stets möglich, welches auch der Sitz der Läsion sein mag.

2. Die Eingriffe auf direktem vertebralem Weg, die bei den Läsionen der Markseite der Wirbelkörper vorzunehmen sind, sind im grossen und ganzen bedeutend schwerer als die zirkumvertrebral vorgenommenen. Diese, die speziell bei den Läsionen der vorderen

seitlichen Fläche der Wirbelkörper indiziert sind, zeigen die grössten Schwierigkeiten und die grösste Schwere, wenn sie auf die Behandlung von Läsionen der Dorsalwirbel gerichtet sind.

3. Die Naherfolge all dieser Eingriffe an den Wirbelkörpern sind bedeutend besser als die Dauerresultate: letztere sind jedoch nicht derartige, dass sie ihre absolute Verwerfung rechtfertigen würden. Vielmehr können diese Eingriffe mit Nutzen zur Anwendung gebracht werden und zwar ganz besonders, wenn die orthopädische und die allgemeine hygienische und medikamentöse Behandlung keinerlei Resultate gegeben haben oder wenn schwere Folgen des Prozesses (Fistelgänge, Paraplegie) bestehen, gegen die die einfacheren Behandlungsmethoden sich erfolglos gezeigt haben.

4. Auch die Dauerresultate dieser Operationen können bedeutend besser werden, sobald jeder Chirurg bei der Auswahl der Fälle darauf bedacht ist, die lokalen und allgemeinen Indikationen und Kontraindikationen gut abzuwägen. **Buccheri**-Palermo.

40) **E. Jouan.** Mal de Pott survenu à quinze ans et guéri spontanément avec attidude invétérée de torticollis.

Gazette médicale de Nantes. Revue de chir. 1909. 4.

Der 50 jährige Mann, der einen fixierten Torticollis und einen Nackentumor aufweist, hat im Alter von 15 Jahren eine Spondylitis cervicalis durchgemacht, die zu einer Lähmung des rechten Arms und dem Torticollis führte. In 18 Monaten war die Spondylitis und die Armlähmung von selbst geheilt; die Deformität blieb.

Ewald-Hamburg.

41) **H. Landwehr** (Köln). Spondylarthritis ankylopoetica nach Meningitis epidemica.

Arch. f. Orth., Mechanother. u. Unfallchir. 1909. Bd. VII, 4.

Bei einem 14 j. Knaben wurde während der Kölner Epidemie (1907) eine typische Genickstarre diagnostiziert. Beim ersten Aufstehen wurde eine abnorme Kyphose und Steifheit der Wirbelsäule festgestellt. Lumbalwirbelsäule konvex, Dornfortsätze des II. und III. Wirbels prominent. Sonst keinerlei Beschwerden. Pirquet allerdings positiv, doch ergiebt die Anamnese und der Befund keinen Anhaltspunkt für Spondylitis tuberculosa. Es scheint Neigung zum Fortschreiten der Deformität zu bestehen. —

Es scheint sich um eine Spondylitis infectiosa zu handeln, wie sie auch nach Scharlach, Typhus, Pneumonie, Gonorrhoe vorkommt (Quincke, E. Fränkel). Das Röntgenbild ergab nichts



sicheres, was auf eine Veränderung der Knochenstruktur oder Gelenkerkrankung schliessen lassen könnte. Trotzdem ist nach dem klinischen Befund eine metastatische Knochen- uud Gelenkeiterung zu postulieren. **Ewald**-Hamburg.

42) **Becker** (Bremen). Der Lendenschwinger, ein neuer Skoliosenpendelapparat.

Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. XXI, H. 4, S. 572.

B. beschreibt einen von ihm konstruierten Pendelapparat, der erlaubt, die Abbiegung der Lendenwirbelsäule genau zu lokalisieren. Pat. sitzt mit im Hüftgelenk rechtwinklig flektierten, im Kniegelenk gestreckten Beinen, sodass eine Mitwirkung der Beine ausgeschaltet ist. Die Uebertragung vom Hauptpendel ist so angeordnet, dass Becken und Dorsalteil nach derselben Seite hinüber gebogen werden. Der Punkt der Abbiegung kann durch ein anliegendes Polster ganz genau bestimmt werden. Der Apparat eignet sich demnach vorzugsweise für Lumbalverbiegungen und Totalskoliosen.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

43) **Mayol, P.** Le deviazioni della colonna vertebrale e la loro cura mediante la Kinesiterapia.

Rivista internazionale di terapia fisica 1909. fobbraio.

Verf. zeigt die wohltätigen Wirkungen der Heilgymnastik bei diesen Deviationen. **Buccheri**-Palermo.

44) **Chlumsky** (Krakau). Ueber den schlechten Einfluss der schwedischen Gymnastik und ähnlicher Lockerungsverfahren auf die Skoliose.

Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. XXII, Heft 1—3, S. 317.

An einigen Fällen demonstriert Ch. die Tatsache, dass durch zu intensive Gymnastik (schwedische, Kriechübungen) unter Umständen eine Verschlimmerung einer bestehenden Skoliose herbeigeführt werden kann oder wenigstens ihr Fortschreiten nicht aufgehalten wird. Es handelte sich im allgemeinen um schwächliche Individuen. Verf. empfiehlt deshalb die an und für sich sehr empfehlenswerte Gymnastik nicht zu übertreiben, sondern entsprechend der Konstitution des Patienten zu verfahren.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

45) **Carl Ritter.** Zur Frage der Entstehung des erworbenen muskulären Schiefhalses.

Arch. für Orth. Mechanother. und Unfallchir. 1909. Bd. VII. 4.

Meistens ist jetzt die Anschauung von Mikulicz-Kader



über die Entstehung des Torticollis angenommen: Myositis interstitialis fibrosa traumatica, wenn er sich nicht auf infektiöser Basis entwickelt. Neuerdings wird von Fridberg und Kempf behauptet, dass es sich um rein regressive und reparative Vorgänge handle (ischaemische Kontraktur, path.-anatomisch bedingt durch einen haemorrhagischen Infarkt). Dieser Anschauung schliesst sich auch R. an, der auf die meist schwere und nicht natürliche Geburt von Torticolliskindern hinweist. Zunächst hält er aber eine Untersuchung darüber für notwendig, ob überhaupt ein Trauma ähnliche Muskeldegenerationen hervorrufen kann. Diese Frage glaubt er bejahen zu können, da er in 3 Fällen nach Muskelquetschungen infolge stumpfer nicht sehr starker Gewalteinwirkungen (Pferdehuf, Gewehrkolben, Wagendeichsel) bei der Operation bindegewebige Entartung der entsprechenden Muskelpartie neben normaler Muskulatur und Blutpigment fand. Diese Muskelveränderungen decken sich völlig mit denen beim Schiefhals. Nach R.'s Ansicht handelt es sich nicht, wie Kempf meint, um eine ischämische Kontraktur, sondern um eine Infarktbildung. **Ewald**-Hamburg.

46) **Jürgen.** Ueber angeborenen Schulterblatthochstand.
Deutsch. Zeitschrift f. Chir. 99. Bd. 3.—6. Heft p. 457.

3 Fälle von Schulterblatthochstand mit Knochen-Spangenbildung von der unteren Halswirbelsäule zur Skapula, die Verf. mit Putti als Rippenanaloga deutet, und sich damit zu den Autoren gesellt, die den Schulterblatthochstand als Missbildung aus frühester Foetalperiode ansehen. 1 von den drei Fällen war von Bardenheuer mit Erfolg durch Entfernen der Knochenspange behandelt worden. **Baisch**-Heidelberg.

47) **Noferi** (Sina). Nota sul trattamento delle lussazioni complete sopra-acromiali della clavicola.
Archivio di ortopedia, A. 25. Fasc. 5—6.

Durch Darlegung eines in der Klinik von Prof. Biondi studierten klinischen Falles sucht Verf. die Zweckmässigkeit der blutigen Behandlung der Luxationen des Schlüsselbeins auf das Acromion darzutun. **Buccheri**-Palermo.

48) **Clairmont und Ehrlich.** Ein neues Operationsverfahren zur Behandlung der habituellen Schulterluxation mittels Muskelplastik.
Arch. für kl. Chir. 89. Bd. 3. H. p. 798.

Die zahlreichen, z. T. recht eingreifenden Operationen bei



habitueller Schulterluxation, die meist an Kapsel, Muskeln oder den Knochen selbst angriffen, veranlassten die Verf., ein einheitliches Operationsverfahren für alle Gruppen der Schulterluxation zu suchen. Die allen Gruppen gemeinsame Ursache der Luxation sehen die Verff. in einer Koordinationsstörung der normalen Muskelwirkung. Deltoideus und Subscapularis überwiegen, es muss also ein Antagonist geschaffen werden, der das Abgleiten des Kopfes nach vorne unten verhindert, also einen Zug nach hinten oben ausübt. Dies erreichen die Verff. durch Bildung eines Muskellappens mit oberer Basis aus dem hinteren Deltoideusteil, der um die hintere Peripherie des Humerushalses herumgeschlungen im vorderen Teil des Deltoideus zur Einheilung gebracht wird. Wichtig ist dabei die Erhaltung der Kontraktionsfähigkeit. Die Einzelheiten der genau geschilderten Technik müssen im Original nachgelesen werden. 2 Fälle wurden auf diese Weise mit gutem Erfolg operiert. Dauerfolge bleiben noch abzuwarten. **Baisch**-Heidelberg.

49) **Madelung** (Strassburg). Die Reposition der irreponiblen Schulterluxation mittelst Arthrotomie von hinten.
Arch. für kl. Chir. 99. Bd. 4. H. p. 1126.

Verfasser hat einen Fall von veralteter Schulterluxation mit Arthrotomie von hinten nach Kocher noch reponieren können mit gutem funktionellem Resultat. Bei der Freilegung von vorne, wie sie bisher geübt wurde, war meistens Resektion des Kopfes notwendig. M. empfiehlt daher für alle ähnlichen Fälle dieses Verfahren. **Baisch**-Heidelberg.

50) **Krabbel.** Zur Behandlung der primären Radialislähmung bei Oberarmbrüchen.
Deutsche Zeitschr. für Chir. 99. Bd. 3.—6. H. p. 326.

Verf. tritt für die operative Freilegung des N. radialis ein, wenn innerhalb 8—14 Tagen nach der Oberarmfraktur die Funktion des Nerven sich nicht wieder hergestellt hat. Er führt 2 Fälle von operativer Freilegung an, wo der Nerv durch vorstehenden Knochen gedehnt, nicht zerrissen war. Entfernung des vorstehenden Knochenstückes und Einhüllen des Nerven in eine Muskelschicht brachte nach ca. 6 Wochen wieder vollkommene Funktionsfähigkeit.
Baisch-Heidelberg.

51) **Landwehr.** Ueber Condylenbrüche des Humerus und ihre Behandlung.
Deutsche Zeitschr. für Chir. Bd. 99. H. 3.—6. p. 360.

Verf. schildert an Hand von 28 Fällen die Ergebnisse der



Bardenheuerschen Extensionsbehandlung von Condylenbrüchen des Oberarmes. Sie sind namentlich quoad functionem sehr gute. In nur 2—3 Fällen ist eine Störung zurückgeblieben. Die anatomischen Resultate wären ja eigentlich nur durch Röntgenogramme kontrollierbar, doch scheinen auch hierin gute Resultate vorzuliegen. Es sind ja, namentlich unter den suprakondylären Frakturen eine Anzahl anscheinend leichte Fälle, die bei jeder einigermassen sachkundigen Behandlung gute Resultate geben würden, doch tut dies der Methode keinen Eintrag. Wegen der Details der Extensionsbehandlung wird auf das Buch von Bardenheuer-Grässner verwiesen.

Baisch-Heidelberg.

52) **H. Finsterer.** Der isolierte Bruch des Mondbeines.

Bruns Btrge. z. klin. Chir. 64. Bd. 1. H. p. 85.

Die Lunatumfraktur ist eine der seltensten typischen Verletzungen der Handwurzelknochen. Verf. bringt 5 neue Fälle und konnte aus der Literatur 12 weitere sammeln. In anderen Fällen findet sich die Lunatumfraktur mit anderen Verletzungen kombiniert. Aetiologisch will Verf. eine Kompressions- und eine Abrissfraktur, letztere viel seltener, unterscheiden. Leichenexperimente brachten Verf. wohl einen Anhalt für seine Ansicht, doch keine sichere Entscheidung. Unter den Symptomen ist neben den allgemeinen einer Handwurzelverletzung besonders wichtig die Verkürzung des Abstandes des Köpfchens des Metacarp. III von der Radiuskante und der umschriebene Schmerz bei Schlag auf dieses Metacarpale. Die Dorsalflexion ist meist mehr behindert als die Volarflexion. Therapeutisch kommt wegen genannter Verkürzung in frischen Fällen eine Extension am Metacarpale III in Betracht. In 2 veralteten Fällen war die Exstirpation des Lunatum von gutem Erfolg, sonst kommen Massage, Heissluft etc. zur Anwendung, die Prognose jedoch dabei dubiös quoad functionem.

Baisch-Heidelberg.

53) **Schultze** (Duisburg). Zur Behandlung der Deformitäten der unteren Extremität.

Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. XXII, H. 1—3, S. 1.

Sch. hebt zunächst hervor, dass portative Redressionsapparate zur Behebung von Deformitäten im grossen und ganzen zwecklos seien, dass vielmehr ein operativer Eingriff in den weitaus meisten Fällen rascher und sicherer zum Ziele führe. Die grösste Anzahl der Verbildungen (Hüftkontrakturen und Luxationen, Kniedeformitäten und besonders Klumpfuss und Plattfuss lassen sich durch unblutige



Operationen korrigieren. Voraussetzung ist dabei, dass die pathologische Stellung genügend überkorrigiert wird. Sch. beschreibt dann die von ihm zu diesem Zweck benutzten Apparate und ihre Anwendungsweise, den Beckenfixator nebst Extensionsvorrichtung zur Behandlung von Hüftleiden und seine bekannten Osteoklasten zur Korrektur des Klumpfusses und Plattfusses. Auch Kniedeformitäten lassen sich mit diesen Apparaten redressieren. Verf. betont am Schlusse nochmals, dass Plattfuss und Klumpfuss nur unblutig behandelt werden dürfen und dass eine Rekonstruktion der normalen Form erreicht werden müsse. Zahlreiche Abbildungen der Apparate illustrieren die Anwendungsweise des näheren.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

54) **Manzoni, A.** (Mailand). Contributo allo studio delle osteomieliti dell'osso ileo.

Annali d'Ippocrate. 1909. Nr. 18.

Die Osteomyelitis des Os ilei ist weniger selten als man bisher glaubte und darf von den Klinikern nicht vernachlässigt werden. Ihre Häufigkeit in der Kindheit, der Jugend und auch im gebärfähigen Alter der Frau ist nunmehr eine nicht zu bezweifelnde Tatsache.

Glücklicherweise beschränkt sie sich darauf, ein kurzes Stück des Knochens zu befallen.

Als das den Ausbruch der Infektion bedingende infektiöse Element wird nunmehr allseits der Staphylococcus aureus betrachtet, aber die ganze Mikrobenlegion (mit Einschluss des Colibacillus) kann sie in ihren Graden, in ihren akuten, subakuten, chronischen Kundgebungen bedingen.

Verf. ist der Ansicht, dass ein prompter, in einigen Fällen frühzeitiger Eingriff den Gang des Leidens gleich von seinem Entstehen an wird modifizieren können.

Die Inzision, Trepanation, Resektion sollen gleich im Beginn des Leidens versucht werden, um den Infektionsherd möglichst zu begrenzen, ebenso während seines Verlaufes zur Bekämpfung der Folgen, deren die Natur aus eigenen Kräften heraus nicht Herr werden kann.

In Anbetracht der Schwere des Leidens in einigen Fällen darf dem zur Ausführung gebrachten Operationsakt nicht der verhängnisvolle Ausgang zugeschoben werden, sondern für jenen sind nur die erzielten Erfolge in Rechnung zu ziehen.

Buccheri-Palermo.

55) **O. Fittig** (Strassburg i. E.). Die Epiphysenlösung des Schenkelhalses und ihre Folgen.

Ein Beitrag zur Coxa vara und valga adolescentium.

Arch. f. klin. Chirurgie. Bd. 89, 4. H. p. 912.

Verf. stellt sich mit Sprengel und Kempf auf den Standpunkt, dass es eine statische Schenkelhalsverbiegung im jugendlichen Alter nicht gäbe, dass diese stets traumatischen Ursprungs (partielle oder totale Epiphysenlösung) sei. Er stützt sich dabei darauf, dass die statische Lehre eine in keinem Falle bewiesene Hypothese sei und dass sie nicht einmal die Hauptabbiegung nach rückwärts, viel weniger noch die selteneren Formen der Coxa vara anteflexa und Coxa valga zu erklären imstande sei, während die Epiphysenlösung eine in zahlreichen Fällen bewiesene Tatsache sei und für alle Fälle ein deutliches Erklärungsbild liefere.

Balsch-Heidelberg.

56) **Waldenström** (Stockholm). Die operative Behandlung von Tuberkulose im Schenkelhals.

Zeitschrift f. orthopäd. Chir. Bd. XXII, H. 4, S. 581.

W. schlägt für diejenigen Fälle von Coxitis, in denen ein Herd des Collum den primären Sitz der Tuberkulose darstellt, eine operative Behandlung vor. Am aussichtsvollsten ist diese Therapie natürlich, wenn noch keine Perforation ins Gelenk stattgefunden hat, doch kommen die Kranken sehr selten bereits in diesem Stadium zur Beobachtung. Doch glaubt Verf. nach seinen Erfahrungen annehmen zu müssen, dass auch bei bereits vorhandener Gelenkerkrankung diese durch die Entfernung des Knochenherdes günstig beeinflusst wird. Die Operation wird in der Weise gemacht, dass der Trochanter unter Erhaltung der Muskelansätze temporär abgesägt und dann von der Sägefläche aus der röntgenographisch festgestellte Herd angebohrt wird. Um eine Infektion der Wunde durch das tuberkulöse Virus zu verhindern, schraubt W. einen Cylinder, der ein Gummituch über dem ganzen Umfang der Wunde fixiert, in das Bohrloch ein und entfernt mit feinem Löffel durch diesen Cylinder hindurch den Herd. Dieser wird dann mit Jodoformglyzerin gefüllt und die Wunde vernäht, nachdem der Trochanter wieder an seiner Stelle fixiert ist. Mit den bisherigen Erfolgen ist Verf. sehr zufrieden. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

57) **W. Hagen** (Nürnberg). Ueber Pathogenese und Aetiologie der Coxa vara adolescentium.

Bruns Btrge. z. kl. Chir. 64. B. 3. H. p. 763.

Verf. wendet sich gegen die von Fittig vertretene Anschauung



von der traumatischen Entstehung der Coxa vara adolescentium, und sucht zu beweisen, dass der Satz vom Missverhältnis zwischen statischer Inanspruchnahme und statischer Leistungsfähigkeit nicht, wie Fittig meint, ein kompliziertes Wort, sondern eine unumstössliche Tatsache ist. Verf. trennt die seiner Meinung nach von Fittig nicht genügend auseinandergehaltenen Begriffe „Pathogenese" und „Aetiologie" schärfer, indem er die Epiphysenlösung nicht als ätiologischen Faktor, sondern nur als eine sekundäre Folgeerscheinung, als Symptom, gelten lassen will. Die abnorme Belastung ist jedoch zu einer vollkommenen Erklärung nicht nur für alle Fälle ausreichend, wie Verf. beweist, sondern auch notwendig, da sie die weitere ist, und sich die Fälle mit Epiphysenlösung vollkommen befriedigend durch sie erklären lassen.

Baisch-Heidelberg.

58) **Glaessner** (Berlin). Ein Beitrag zur Frage der Vererbung der angeborenen Hüftgelenksverrenkung.

Zeitschr. für orthop. Chir. 22. Bd. 4 H. S. 596.

G. stellt nach einem Material von 200 Fällen in 18,5% ein hereditäres Vorkommen der Luxation fest und in 2% familiäres Auftreten. G. will keine direkten Schlüsse auf die Aetiologie der angeborenen Hüftverrenkung daraus ziehen, weist aber darauf hin, dass das Verhältnis zwischen den Zahlen für Heredität und familiäres Vorkommen doch Beachtung verdiene. Wollenberg, auf den sich G. beruft, hat ja diese Tatsache als Stütze für seine Keimfehlertheorie verwandt.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

59) **P. Graf.** Zur Lehre von der Entstehung der angeborenen Hüftverrenkung.

Bruns Btrg. zur klin. Chir. 64. Bd. 1. H. p. 152.

Angeregt durch Le Damanys Studien über die Entstehung der kongenitalen Hüftluxation hat Gr. eine systematische Messung an Becken und Oberschenkeln von 111 Föten und Neugeborenen vorgenommen, um zu untersuchen, ob sich eine anatom. Grundlage für die grössere Häufigkeit der Luxation beim weiblichen Geschlecht und darnach auch für die Entstehung der Luxation überhaupt finden lasse. Das Ergebnis war nun im ganzen ein negatives, d. h. Gr. fand wohl einige Verschiedenheiten beim weiblichen Geschlecht (grösseren Abstand der Pfannenzentren im Verhältnis zur Oberschenkellänge, stärkere Neigung der Pfanne ventralwärts), doch hält Verf. die Unterschiede für zu gering, um eine genügende Erklärung abzugeben. Auch die Messungen von Schenkelhalswinkel und Torsion



des oberen Femurendes ergaben keine befriedigende Aufklärung. Verfasser ist daher geneigt, den Eintritt der Hüftluxation nicht in uterum zu verlegen, sondern in die Zeit nach der Geburt, wenn die Streckung der physiologisch vorhandenen Flexionsstellung der Beine ein Abgleiten nach oben ermöglicht. Er empfiehlt daher die anatom. Untersuchungen an Kinderbecken aus den 1. Lebensjahren vorzunehmen. **Balsch**-Heidelberg.

60) **Feinen.** Die isolierten Frakturen des Trochanter major und minor.

Deutsche Zeitschr. für Chir. 99. Bd. 3.—6. H. p. 444.

Verf. fand unter einem Material von 100 Frakturen am oberen Femurende von 1902—1908 im Cölner Bürgerhospital 6 isolierte Frakturen des Trochant. major und 1 des Trochanter minor. Heutzutage, wo alle Verletzungen auch anscheinend nur Kontusionen geröntgent werden, dürften diese Frakturen wohl häufiger beobachtet werden. Die Frakturen des Trochant. major sind durch direkte Gewalt entstanden, die des Troch. min. ist eine Abrissfraktur. Behandelt wurden alle Fälle mit Extension mit gutem Resultat. Die Patienten wurden nur bis zur Entlassung beobachtet, die beschwerdefreie Dauerheilung dürfte daher doch noch in Frage gestellt sein. **Balsch**-Heidelberg.

61) **E. Hoffmann** (Düsseldorf). Zur Kasuistik der habituellen kongenitalen Luxation der Patella.

Deutsche Zeitschr. für Chir. 99. Bd. 3.—6. H. p. 201.

Verf. führt einen Fall kongenitaler Patellarluxation an, den er mit Verlagerung des Ansatzes des Ligam. patellae auf die mediale Tibiafläche und Fältelung der Kniegelenkskapsel heilte, und ein vorzügliches Dauerresultat (5 Jahre) damit erzielte. Die zahlreichen Operationsmethoden, die zur Heilung der Patellarluxation angegeben wurden, sind bedingt durch die jeweils am deutlichsten hervortretenden Symptome und haben dadurch jeweils ihre Berechtigung. **Balsch**-Heidelberg.

62) **G. Impallomeni,** le traitement de l'ostéoarthrite tuberculeuse du genou chez l'enfant doit être résolument conservateur.

Revue d'orth. 1909. 6.

Bei Erwachsenen muss man die Gelenktuberkulose sehr oft operativ behandeln. Bei Kindern soll man so konservativ wie nur irgend möglich vorgehen; u. a. ist bei einem blutigen Eingriff eine Verletzung der Epiphysenlinie, also eine spätere Verkürzung der



Extremität zu fürchten, dann aber gibt die konservative Methode in funktioneller Beziehung bessere Resultate. Die Anatomie und Physiologie der Epiphysenlinie am unteren Femur- und oberen Tibiaende wird genau besprochen, ebenso das Wachstum und die Ossifikation der Epiphysen, und daraus die Folgerung gezogen, dass die Resektion des Kniegelenks bis zum 14. Lebensjahr ein Kunstfehler ist. (Koenig, Kirmisson.) Ausser der Verkürzung kommt es fast immer zur Flexionkontraktur, zum genu valgum oder varum, ob nun eine feste Knochenkonsolidierung eingetreten ist, oder nicht. Diese Stellungsanomalie tritt auch ein, wenn man die Epiphysenlinien möglichst geschont hat. Ja, selbst bei der Arthrektomie ist die Herausbildung einer fehlerhaften Stellung immer zu fürchten, ganz abgesehen davon, dass sie häufig zu Rezidiven führt und dass auch hier die Verkürzung nicht auszuschliessen ist (König beobachtete in 7 Fällen Verkürzungen bis zu 20 cm.). Die Arthrotomie ist ungenügend.

Die konservative Behandlungsmethode Kirmissons wird genau beschrieben. Sie besteht in absoluter Fixation im Gipsverband, bei fungösen Massen ausserdem in der tiefen Ignipunktur, bei Hydrarthos in Aspiration und Injektion von 10% Jodoformäther. Die Tenotomie der Kniebeuger verhindert die Neigung zur Flexionsstellung. Mit diesem konservativen Verfahren ist Kirmisson bei Kindern immer ausgekommen. Bei schon bestehenden Fisteln kommen Spülungen mit Wasserstoffsuperoxyd oder auch die Wismutpaste (Beck) in Anwendung. Nachdem anscheinend die Heilung eingetreten ist, soll noch für 1—2 Jahre eine Lederhülse getragen werden.

Was die Ankylosen in fehlerhafter Stellung anlangt, so ist eine leichte Flexion (15°) für die Funktion des Beines günstig. Stärkere Flexionsstellungen müssen durch die suprakondyläre Osteotomie beseitigt werden. Bei einer Stellung von 120° muss man zur Osteotomie des Femur noch die der Tibia hinzufügen. Bei den stärksten Graden muss man zur Resektion seine Zuflucht nehmen, dann aber erst im 17. Lebensjahre.

Mit der Bierschen Stauungshyperämie hat die Schule Kirmissons keine guten Erfahrungen gemacht. Dagegen hat die systematische Injektion von Jodoform-Kreosotoel (wöchentlich 2 bis 4 ccm.) in jedem Fall von Gelenktuberkulose seine Vorzüge. (Nicht Kampfer-Naphtol!). 18 Krankengeschichten beweisen die Vorzüge der Behandlungsmethode von Kirmisson. **Ewald**-Hamburg.



Vereinsberichte.

63) **Französischer Chirurgenkongress 4.—9. Oktober 09.**

Revue de Chir. 1909. 11.

1. Chirurgische Eingriffe bei Verletzungen der Wirbelsäule und des Rückenmarks.

Referent: Sancert (Nancy). Nur bei nervösen Störungen ist ein Eingriff indiziert. Gewöhnlich genügt Ruhelage (eventuell mit Rauchfussscher Schwebe), um völlige Heilung herbeizuführen. Bei isolierten Frakturen der Wirbelbogen liefert die Laminektomie glänzende Resultate. Bei Brüchen der Wirbelkörper am Halse ist frühzeitig Operation im Fall nervöser Störung indiziert, bei denen der Brust- und Lendenwirbel soll man warten. Immer muss die Diagnose bezgl. des Ortes der Verletzung unbedingt feststehen.

Aurray (Paris): Von den beiden Verfahren, der Resektion oder der temporären Laminektomie, verdient das erstere Vorgehen den Vorzug, namentlich wenn man subperiostal reseziert. Die Frakturen und Luxationen der Wirbel können unblutig durch Lagerung des Patienten, eventuell durch Zug und Gegenzug reponiert werden. Gelingt dies nicht, so ist methodische, u. U. gewaltsame manuelle Reposition notwendig. Erst wenn dieses Verfahren fehlgeschlagen ist, ist die Laminektomie indiziert.

Fontan (Toulon) teilt 3 Beobachtungen von schweren Wirbelsäulenverletzungen mit, wo die Laminektomie recht gute Erfolge hatte.

Willems (Gent). 4 Patienten mit Lähmung der unteren Extremitäten nach Wirbelluxationen starben sämtlich sofort nach der blutigen Reposition und Laminektomie. In einem Fall traten erst 7 Monate nach dem Unfall Paraplegie der unteren Extremitäten, Incontinentina urinae und Geschwürbildung auf. Die Sektion ergab eine nicht konsolidierte Fraktur der Dorn- und Querfortsätze des 12. Brust- und ersten Lendenwirbels, sowie ein von den Meningen ausgehendes grosses Endotheliom an der Frakturstelle. Der Fall beweist die Notwendigkeit sofortiger und langdauernder Fixierung. — Andere Fälle, die für Rückenquetschungen gehalten wurden und Wirbelverletzungen waren (Lendenwirbelsäule) deuten auf den Wert der Röntgenuntersuchung hin. — In einem Fall vermutete W. eine Haematorhachis, machte die Lumbalpunktion, und sofort nach der Entleerung des Blutes stellte sich Motilität und Sensibilität wieder her.

Doyen (Paris) bemerkt, dass Wirbelfrakturen des Lendenteils wegen der Zerstörung des Rückenmarks selten günstig verlaufen. Dagegen hat die Laminektomie bei Rückenmarkskompression gute Resultate. — Technische Bemerkung unter Berücksichtigung der von D. erfundenen Instrumente.

Reymond (Paris) teilt 3 Fälle mit, in denen die Laminektomie mit wechselndem Erfolge vorgenommen wurde. Bald verschwanden die Motilitätsstörungen, bald nur die der Sensibilität, bald gar nichts.

Maire (Vichy) und **Raymond** (Lyon) schliessen aus ihren Erfahrungen, die sie an 6 Fällen gesammelt haben, dass nach Aufhebung der Kompression Heilung oder bedeutende Besserung eintreten kann, die sich besonders in der Funktion der Sphinkteren äussert. — Das Alter der Verletzung hindert nicht eine postoperative Besserung.

Kocher (Bern) rät in keinem Fall sofort zu operieren, sondern erst die Shokerscheinungen verschwinden zu lassen. Aus dem Verhalten der Sehnenreflexe ergibt sich die Indikation zur Operation.



Lucas-Championnière (Paris) spricht über den günstigen Einfluss der Knochenverkürzung auf die Muskelfunktion, den man bei Resektion der Knochen und der Gelenke beobachten könne; ja vorher atrophische Muskeln können sich ausserordentlich schnell und gut regenerieren. Umgekehrt leiden sie bei jeder Ueberdehnung.

Eine jetzt 31jährige Frau hat Verfasser vor 20 Jahren wegen einseitiger Coxitis und doppelseitiger Gonitis reseziert und subtrochanter osteotomiert. Dadurch sind die unteren Extremitäten verkürzt worden, und wider Erwarten ist die seit langen Jahren erloschene Muskelfunktion wiedergekehrt, so dass die Frau mit Stöcken gehen kann.

Ebenso ist bei einer jungen Frau mit paralytischem Schlottergelenk des Knies und Spitzfuss die Kontraktionsfähigkeit der Muskeln, die erloschen war, nach der Resektion des Kniegelenks und nach der Ablation aller Tarsalknochen wieder eingetreten, so dass die Patientin mit einem Stock gehen kann.

Auch bei Frakturen, die mit Längendislokation geheilt sind, überrascht die Kraft und Schnelligkeit der Muskelfunktion. Von diesem Gesichtspunkte aus wäre eine Heilung der Fraktur mit mässiger Verkürzung sogar zu wünschen.

Aus dieser Tatsache der Muskelverbesserung durch Verkürzung dürften von der Chirurgie verschiedene Urteile gezogen werden.

Kirmisson (Paris) behandelt die Volkmannsche ischämische Kontraktur. Ausser der Muskulatur sind auch häufig die Nerven lädiert; diese müssen möglichst früh freigelegt werden, was manchmal schon genügt, um die Muskelfunktion wiederherzustellen. Erst wenn der Erfolg ausbliebe, soll man zur Sehnenverlängerung oder Knochenverkürzung seine Zuflucht nehmen; ebenso in alten Fällen, wo von einer Nervenfreilegung nichts mehr zu erwarten ist.

Phocas (Athen) beschreibt ein neues Verfahren bei der Sehnenüberpflanzung: die freigelegten Muskeln werden bei der Operation selbst auf ihre verschiedene Kontraktionsfähigkeit faradisch geprüft, und danach wird der Operationsplan festgesetzt. Ph. hofft damit die Resultate verbessern zu können. — Zur Beseitigung eines spastischen Schiefhalses hat er in einem Fall einen Spinalnerven auf den Hypoglossus verpflanzt.

Thiéry berichtet über einen Fall von schnellender Hüfte, wegen eines Osteoms eines pelvi-trochanteren Muskels traumatischer Entstehung.

Frölich (Nancy) hat 7 Fälle von angeborener Pseudarthrose der Tibia beobachtet. Bald handelt es sich um Inkurvation der Unterschenkelknochen nach vorn, mit Hautnarben auf der Höhe der Verkrümmung — (an dieser Stelle sieht man auf Röntgenbildern eine Entkalkungszone an der Tibia, die Veranlassung der Pseudarthrosenbildung) (4 Fälle). Bald handelt es sich um wahre Pseudarthrosen mit Beweglichkeit der Fragmente (3 Fälle). Die schwierige Heilung derartiger Pseudarthrosen ist bekannt. Fr. nimmt von der Tibia des gesunden Beins ein 4 cm langes Periostknochenstück und überpflanzt es auf die Pseudarthrose, nachdem die Fragmente angefrischt und bis aufs Mark ausgehöhlt wurden. (2 Heilungen 4 und 9 Monate nach der Operation.)

Taillefer (Béziers) beschreibt den Fall eines 5 jährigen Knaben mit amniotischen Einschnürungen an beiden Unterschenkeln und der rechten grossen Zehe, ausserdem Klumpfüssen und abnorme Haarimplantation. Behandlung: Autoplastik. — Heilung.

Judet (Paris). Beim angeborenen Klumpfuss ist in den ersten Lebensjahren die Behandlung der Wahl das forzierte manuelle Redressement und Gips-



verband in Ueberkorrektion. Am schwierigsten ist die Varus-equinustellung des Kalkaneus zu beseitigen. J. hat darum eine löffelförmige Zange konstruiert, die es erleichtert, den hinteren Tarsus in eine Valgusstellung zu hebeln.

Léon Bérard (Lyon). Die Plombierung der durch Resektion entstandenen Knochen- und Gelenkhöhlen nach Mosetig hat in Frankreich wenig Anhänger gefunden. Seitdem aber die Plombierungsmasse erst 48 Stunden nach der Resektion in die Höhle gegossen wird, sind die Erfolge bezüglich Schnelligkeit, Einfachheit des Verbandes und der Nachbehandlung und geringer Eiterung sehr gute geworden. Auch die Deformierungen und Verkürzungen sind gering, die Gelenkbewegung ist grösser. (30 Beobachtungen von Schulter, Ellenbogen, Handgelenk, Fuss.)

Redard (Paris) hält das Jodoformöl (das er meist anwendet) bei der konservativen Behandlung der tuberkulösen Knochen und Gelenkentzündungen für ein wertvolles Hilfsmittel. Namentlich bei den synovialen Formen der Tuberkulose hat die Methode Erfolg. Resultate: 80% Heilungen für das Knie, 60% für Ellenbogen und Handgelenk. Auch für die Coxitis sind die Injektionen zu empfehlen, namentlich in frischen Fällen. Allerdings sind sie — wie die konservative Behandlung überhaupt — besonders wirksam bei Kindern unter 15 Jahren.

Tilanus (Amsterdam) spricht über die pathologischen Luxationen der Hüfte, die nach Typhus, Scharlach, Rheumatismus, Gonorrhoe zustande kommen können. Man kann einige Monate nach der Erkrankung die Reposition vorsichtig versuchen, muss aber immer daran denken, dass eine neue Entzündungsgefahr droht. — Gelingt die Reposition nicht, muss man die Femurkopfdekapitation oder die Osteotomie machen.

Calot (Berek s. m.) berichtet über die guten Erfolge der Injektion mit Naphtholkampher u. s. w. bei frischer Coxitis. Die Einschmelzung und damit die schwere Zerstörung des Hüftgelenks wird vermieden, so dass derartig behandelte Patienten fast alle ohne Hinken laufen.

Froelich ist überrascht von Calot's Optimismus, der sich von der Ansicht aller anderen Chirurgen so gründlich unterscheidet, und fragt, ob nicht Irrtümer in der Diagnose vorliegen. Bei einer richtigen tuberkulösen Coxitis braucht er 2—3 Jahre zur Heilung und hat dann fast immer eine Ankylose, ja, er kann sagen, je früher diese eintritt, um so schneller ist die Hüfte geheilt. Dann kennt er aber auch eine paraartikuläre Karies des Trochanter und Femur, die mit voller Beweglichkeit ausheilt. Ferner sind ihm Fälle von Hüftgelenkschmerzen bekannt, die nach einigen Wochen von selbst verschwanden. Früher hat er diese auch als Coxitis mit Gipsverband u. s. w. behandelt und glaubte sie in ein paar Monaten geheilt zu haben. Hier handelt es sich aber gar nicht um Tuberkel, sondern wahrscheinlich um tuberkulöse, syphilitische oder sonst infektiöse Toxine.

Menclère (Reims) berichtet über die Technik seiner Behandlung bei Coxitis und Tumor albus, die namentlich bezweckt, die Beweglichkeit der Gelenke zu erhalten. Er wendet intra- und extraartikuläre Injektionen in fraktionierten Dosen bei frischen Tuberkulosen an. Knochenheerde behandelt er mit der „Phenopunktur" (Karbolsäure). Kinematographische Bilder zeigen die Motilität an geheilten Fällen. Ausser den Injektionen werden Apparate gegeben, die die Gelenke zunächst völlig fixieren, dann aber ihnen einige Bewegungen erlauben, die auch vorsichtig passiv manuell oder medico-mechanisch vorgenommen werden.



Vignard (Lyon) spricht über die systematische Auskratzung des Femurkopfes und Halses und die Plombierung nach Mosetig.

Nimmt die Einschmelzung trotz Fixation u. s. w. zu, wird der Allgemeinzustand ausserdem schlechter, bilden sich Abszesse, so ist von einer konservativen Behandlung nichts mehr zu erwarten, es kommt höchstens zur Ankylose mit 4—7 cm. Verkürzung. V. rät in solchen Fällen, Kopf und Hals sowie Pfanne unter möglichster Schonung des Daches derselben auszukratzen mit Gaze, die in Wasserstoffsuperoxyd getränkt ist, zu tamponieren und nach 2—3 Tagen die Coxofemorale Wundhöhle mit der Jodoformplombe zu füllen. Doppelte Naht, grosser Gipsverband. Die Wunde ist — unter seltenem Verbandwechsel — in 4—6 Monaten geheilt, nach 10—12 Monaten kann Pat. mit Entlastungsapparat, manchmal auch schon ohne, gehen. Peinlichste Asepsis ist für das Gelingen Vorbedingung, deswegen operiert V. bei Fisteln nicht nach dieser Methode. In 14 von 19 Fällen, die er so behandelt hat, hat er in 12 Monaten komplete Heilung mit befriedigenden Resultaten erhalten. Die Verkürzung betrug nie mehr als 3,5 cm, die Beweglichkeit war immer genügend.

P. Le Damany (Rennes): Die angeborene Hüftverrenkung hat als Hauptursache eine starke Torsion des Femur, eine rationelle Behandlung hat also vor allem für eine Detorsion des Knochens zu sorgen. Die klinischen Fälle zeigen die Ueberlegenheit seiner Methode vor der Fixation im Gipsverband.

Ewald-Hamburg.

---

64) **Nélaton.** Académie de médecine de Paris.
2. XI. 09. Gazette des hôp. 1909. Nr. 125.

N. teilt 2 Fälle von Osteomyelitis mit, deren Knochenladen er mit Muskulatur aus der Umgebung angefüllt hat. Er zieht dies einfache Verfahren der Knochen-Periostpfropfung und der Plombierung vor, weil man bei der Osteomyelitis einer absoluten Asepsis der Knochenhöhle nicht sicher sein kann. **Ewald**-Hamburg.

65) **Heintze.** Breslauer chirurgische Gesellschaft. 16. VI. 09.
Berlin. klin. Woch. 1909. 29.

Osteomyelitische Schaftnekrosen.

Bei einem 15 jährigen Schüler musste wegen Osteomyelitis der zwischen beiden Epiphysen gelöste Radiusschaft entfernt werden. 6 Wochen später zeigte das Röntgenbild bereits mächtige Knochenneubildung. Jetzt ist der Arm bis auf eine leichte Supinationsbehinderung völlig gebrauchsfähig. — In 2 weiteren Fällen handelte es sich um Totalnekrosen des Humerusschaftes.

Ewald-Hamburg.

66) **Rippert.** Niederreinische Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Bonn.
24. V. 1990.
Deutsche med. Woch. 1909. 46.

Nekrose des Knochens nach Erfrieren.

Wenn man Extremitäten von Tieren 10 Minuten bei künstlicher Blutleere in eine Kältemischung taucht, so werden die Beine zwar nach einigen

Tagen wieder wie sonst gebraucht, die Knochensubstanz wird aber nekrotisch! Am Leben bleibt der Knorpel, das Periost und Knochenmark. Der tote Knochen wird aber nicht sequestriert, sondern wird vom Mark und Periost aus mit einer dünnen Schicht neuer Knochensubstanz bekleidet. Resorptionsvorgänge konnten auch nach 2½ Monaten nicht wahrgenommen werden.

Ewald-Hamburg.

67) **Zondek.** Berliner mediz. Gesellschaft. 25. VI. 09.

Berlin. klin. Woch. 1909. 28.

Zur Lehre von der Struktur des Knochenkallus.

Vortr. hat Unterschenkel von Mäusen frakturiert und die Frakturstellen nach verschiedenen zeitlichen Intervallen untersucht. (Serienschnitte nach Entkalkung der Knochen.) Bei einer 6 Tage alten Fraktur fand er zwischen den Bruchenden und um die Bruchstelle herum zellreiches rotes Gewebe (Bildungsgewebe), dem Frakturfragment näher gelegen Knorpelgewebe und noch weiter distalwärts osteoides Gewebe. Ein Unterschied besteht auf den beiden Seiten der Fraktur: auf der konkaven (der Druckseite) ist mehr osteoides Gewebe vorhanden als auf der konvexen, der Zugseite. Die Knorpelschicht am oberen Bruchende ist wesentlich kleiner als am unteren, und auf der konvexen Seite geringer ausgebildet. — In weiteren Stadien der Entwicklung werden die Knorpelherde immer kleiner, bis sie nur noch an den Berührungsstellen der Kallusmassen als Knorpelreste in den osteoiden Bälkchen restieren. — Demonstration des Verlaufs der osteoiden Bälkchen, ihrer rechtwinkligen Kreuzung usw. Nach einem Hinweis auf den parostalen Kallus, auf die Beziehungen der posttraumatischen Entzündung zu den regenerativen Vorgängen im Knochenkallus hebt der Vortr. hervor, dass die frühe und die exakte Adaptierung der Frakturenden die beste Gewähr sei für eine gute und schnelle Heilung. Früher hat man geglaubt dass ein grosser Kallus ein Beweis für die gute Adaption der Fragmente ist, das Gegenteil ist aber der Fall: je besser die Fragmente aneinandergelagert sind, desto kleiner der Kallus.

In der Diskussion bemerkt Orth, dass in einem von ihm untersuchten Fall der parostale Kallus nicht vom Periost und Periostzellen abstammte, sondern von dem Bindegewebe, das zwischen Fett und Muskulatur vorhanden gewesen ist. Es ist nicht nur Knochen, sondern auch Knorpel neugebildet worden. (Metaplasie!). Diese Metaplasie wurde von einigen Pathologen, namentlich Ribbert, lebhaft bestritten, er hielt die Knochenneubildungen für Abkömmlinge von periostalen Elementen, auch wenn sie sich in einiger Entfernurg vom Knochen gebildet hatten. Neuerdings gibt auch Ribbert die Metaplasie von der Grundsubstanz zu: aus Bindegewebe kann Knochen entstehen.

Ewald-Hamburg.

68) **Heintze.** Breslauer chirurgische Gesellschaft. 14. VI. 09.

Berlin. klin. Woch. 1909. 29.

Operative Korrektion difform geheilter Knochenbrüche.

Die Indikation zum blutigen Eingriff ist eine beschränkte. Bei Kindern können recht erhebliche Difformitäten mit der Zeit ausgeglichen werden, auch



bei Erwachsenen kann man im Laufe der Zeit noch eine erhebliche Besserung der Funktion erwarten. Bei stärkerer Winkelstellung der Fragmente (namentlich bei supramalleolären Frakturen), bei starken Verschiebungen der Fragmente, wo eine feste Konsolidation nicht zustande kommt, bei verzögerter Kallusbildung, bei Reizerscheinungen der Nerven ist eine Operation indiziert. H. hat in den letzten 6 Jahren bei 150 Unfallverletzten ausser 8 unblutigen Redressements 29 mal die operative Korrektion ausgeführt. Er stellt 5 Fälle (4 Unter-, 1 Oberschenkelbruch) vor, bei denen die Fragmente einfach reseziert wurden, um dann in richtiger Stellung in Gips oder Extensionsverband fixiert zu werden. Immer mit vollem Erfolg. Eine Knochenvereinigung hält H. nicht für nötig, dagegen einen möglichst dichten Schluss der Operationswunde mittelst Etagennähten.

Ludloff hat durch eingeschraubte Metallschienen 2 Oberschenkelfrakturen anatomisch und funktionell geradezu ideal geheilt. Die Schienen liegen seit einem Jahr unverändert und haben niemals eine Fistel veranlasst. — Zehn mal hat er beide Vorderarmknochen blutig vereinigt, entweder mit Schienen oder mit Draht oder mit beiden. Trotz exakter Adaption und ungestörter Heilung (nur einige Male Fistelbildung), trotz Fixation des Vorderarms in halber Supination, trotz aller möglichen Behandlung trat immer die Neigung zur Pronation und zur Konkavitätsbildung der Beugeseite des Unterarms auf. In allen Fällen liess die Konsolidierung Monate lang ja bis zu einem Jahr auf sich warten; auch in einem Fall, der schon 5 Tage nach dem Unfall operiert wurde, zeigte sich dieser Mangel an Kallusbildung. In mehreren Fällen bildete sich auch ein Brückenkallus aus, wie es nach dem Röntgenbild schien, vom Lig. interosseum seinen Ursprung nehmend. — Von den Extensionsverbänden hat er eine gute Wirkung erfahren, besonders wenn vorher in Narkose gut reponiert worden ist. Einen grossen Fortschritt erhofft L. von der Nagelextension, namentich für Frakturen im unteren Femurdrittel. **Ewald**-Hamburg.

69) **Hirschberg.** Aerztlicher Verein in Frankfurt a. M. 6. 9. 09. Münch. med. Woch. 1909. 44.

Vortr. empfiehlt angelegentlich die Codivillasche Nagelextension bei Knochenbrüchen.

Leser meint einen Nachteil in der forzierten Extensionsbehandlung zu erblicken insofern, als die Gelenke (Kniegelenk!) erschlaffen könnten. Er habe vorsichtigerweise immer vor der Extension das Kniegelenk durch einen kurzen Gipsverband stabilisiert. Ausserdem soll man so kurz wie möglich stark extendieren.

Sasse sieht neben den Vorzügen doch auch einige Nachteile: nicht immer sei eine anatomisch gute Reposition möglich, dann sei der Pat. dauernd an das Bett gefesselt und drittens erfolgen nach starken Extensionen schwere Gelenkversteifungen. S. empfiehlt daher bei Dislokationen die Freilegung der Fraktur und die Schienung oder Verschraubung (Lambotte, Dépage). Damit könnten die Patienten schon nach einigen Tagen aufstehen, und die Erfolge seien sehr gut.

Hirschberg erwidert, dass der Bandapparat bei der Nagelextension nicht notleide, weil die schweren Gewichte schon nach kurzer Zeit abgenommen würden. — Gegen die Operation einer subkutanen Fraktur würden sich die meisten Patienten sträuben. **Ewald**-Hamburg.



70) **Kirschner.** Medizin. Verein in Greifswald 22. V. 09.
Deutsche med. Woch. 1909. 46.

Ein mit 8,5 cm. ausgeheilter Oberschenkelbruch wurde wieder mobilisiert und die Verkürzung mittels Steinmannscher Nagelextension (Nagel durch die Oberschenkelkondylen — 30 kg.) völlig ausgeglichen.

Eine Flötenschnabelfraktur des Unterschenkels heilte ohne Verkürzung durch Extension an einem durch Fibula und Tibia getriebenen Bohrer.

Ewald-Hamburg.

71) **Reyer.** Gesellschaft der Charitéärzte. 25. V. 09.
Berl. klin. Woch. 1909. 29.

Demonstration eines geheilten Falls von schwerster Barlow'scher Krankheit (Blutungen im Knochenmark (konstant), Haut und Schleimhaut (nicht immer), hochgradige Schmerzhaftigkeit bei Berührung der Epiphysengegenden, Anämie). Das Kind ist schon einmal an Barlow'scher Krankheit erkrankt gewesen und davon genesen. Neuerdings bot es die Erscheinungen im allerhöchsten Grade, Kachexie, subperiostale Blutungen, Exophthalmus infolge Blutung in die Orbitalhöhle, Pseudoparalyse der unteren Extremitäten. Röntgenbilder zeigen, dass beide Oberschenkel von subperiostalem Blutmantel dicht umgeben waren. (Umfang der Oberschenkel war 5 cm dicker als jetzt.) R. hat in gewissen Intervallen das Kind röntgenographiert und konnte sehr gut einen Rückgang der Haematome feststellen. Ebenso natürlich die für Morbus Barlow charakteristischen Schattenbänder an der Epiphysenlinie. Die Behandlung bestand in der üblichen Weise in Darreichung von ungekochter Milch, frischen Obstsäften und Gemüsen. **Ewald**-Hamburg.

72) **R. Jones** (Liverpool). Jahresversammlung der britisch medical associat. zu Belfast, 29. VII. 09.
Berl. klin. Woch. 1909, 38.

Moderne Behandlungsmethoden der Gelenktuberkulose.

Der Verlauf der Tuberkulose ist beim Kind und beim Erwachsenen verschieden. Mit zunehmendem Alter verschlechtern sich die Chancen und eine Exzision wird häufiger notwendig. Diese soll bei Kindern nicht voreilig vorgenommen werden, denn sie führt oft zu einer gebrauchsunfähigen Extremität. Zur früheren Erkennung der Krankheit sind Tuberkulininjektionen empfehlenswert (Neutuberkulin 5 mgr. in die Rückenhaut), Röntgenbilder lassen im Stich. Das wichtigste früheste Symptom ist die Rigidität, die die Beweglichkeit des Gelenks nach allen Richtungen hin einschränkt.

Therapie: am wichtigsten ist frische Luft am Tag und in der Nacht. Spondylitiskranke sollen auf konvexer Unterlage liegen, erkrankte Handgelenke werden in Ueberextension, Fussgelenke in starker Dorsalflexion fixiert. Kalte Abszesse verschwinden häufig von selbst, kommen sie an die Oberfläche, so sollen sie durch eine kleine Inzision entleert werden. Die spondylitischen Lähmungen erfordern keine Operation, da sie in 97% ausheilen. Die spondylitischen Deformitäten sollen in jedem Stadium redressiert werden. — Femurosteotomien macht er zweizeitig, $^2/_3$ des Knochens wird durchtrennt, dann nach 2 Wochen, wenn die Wunde geheilt ist, wird das Femur vollends gebrochen. Vorsichtige



Tuberkulinbehandlung ist recht brauchbar, doch nur unter Kontrolle durch den opsonischen Index. — Auch die Biersche Stauung liefert manchmal gute Resultate, führt jedoch auch manchmal zur Verschlimmerung.

Sonnenburg (Berlin) berichtet über seine Erfolge mit Marmorekserum und Neutuberkulin. Die konservative Methode tritt in den Vordergrund der Behandlung. **Ewald**-Hamburg.

73) **Auerbach.** Aerztl. Verein zu Frankfurt a. M. 20. IX. 09.
Münch. med. Woch. 1909. 44.

Ueber spinale Kinderlähmung.

In Deutschland kann man eigentlich nicht von einer Epidemie, sondern nur von einem gehäuften Auftreten sprechen. Durch skandinavische (Wickmann) und amerikanische Autoren ist sicher gestellt, dass zwischen Cerebrospinalmeningitis, Encephalitis und Poliomyelitis engere aetiologische Beziehungen bestehen müssten.

Vogt. Die Erkrankung der grauen Vorderhörner ist nicht primär. Zuerst erkranken die Gefässe (Hyperämie, perivaskuläre Infiltrate, Blutungen) — die Folge davon ist erst Untergang der Ganglienzellen und Zerfall der Markscheiden. Oft findet man viel ausgebreitetere Erkrankungen der Vorderhörner, als dem klinischen Bilde entsprach.

Pfeiffer stellt ein 18 j. Mädchen mit Schlotterknie und Beinverkürzung von 30 cm. vor. Mit Hilfe eines Schienenhülsenapparates, der 25 cm. unter seiner Fussplatte noch einen künstlichen Fuss besitzt, geht sie frei und ohne Stock einher.

Rehn meint, man solle nicht, wie Wickmann das getan habe, das alte typische Bild der Kinderlähmung verwischen.

Neisser betont, dass bakteriologisch die Aetiologie der Poliomyelitis noch völlig dunkel sei. Gerade die besten Bakteriologen hätten nichts gefunden.

Simrock teilt mit, dass an der Bonner Klinik in der Lumbalflüssigkeit Diplostreptokokken gefunden wurden.

Zur Frage der Therapie bemerkt Laquer, dass man durch zu lange elektrische und Massagebehandlung nicht die orthopädisch-chirurgischen Eingriffe verzögern dürfe, die bei Kinderlähmung ausserordentliches leisteten.

Pfeiffer bespricht die verschiedenen Behandlungsmethoden der paralytischen Schlottergelenke (Arthrodese-Schienenhülsenapparate) und Kontrakturen (Redressement und Apparate mit Zugvorrichtungen oder Sehnentransplantationen, die bei passender Auswahl, sicherer Technik und sorgfältiger Nachbehandlung) Ausgezeichnetes leisten. Selbst Patienten mit totaler Lähmung könnten wieder zur selbstständigen Fortbewegung gebracht werden.

Mainzer verfügt über 2 Fälle, bei denen die spinale Kinderlähmung sich an einen gut beobachteten Typhus anschloss. — Die Prognose ist besser, als man früher annahm. Er beobachtete 12 Kinder mit leichten Skoliosen, die durch eine geringe (1—1,5 cm.) Verkürzung eines Beins bedingt war, genaue Nachforschung ergab, dass das jetzt gleichmässig atrophische Bein vor Jahren einmal kurze Zeit nachgeschleppt wurde, nachdem die Kinder einige Tage krank gewesen waren. Hier handelte es sich offenbar um leichteste Formen der Poliomyelitis. Bezüglich der Therapie betont M. die Notwendigkeit frühzeitiger Apparatbehandlung, die in schwersten Fällen mit der Arthrodese konkurriert

und die der Lähmung entronnenen Muskelreste vor einer Inaktivitätsatrophie bewahrt. (Gefahr der Ueberdehnung durch Wirkung der Antagonisten.) Auch für die später vorzunehmende Sehnentransplantation hat die Inaktivitätsatrophie der Muskelreste grosse Bedeutung: man sieht bei der Operation neben den dunkelroten (gesunden) und den gelben (gelähmten) blassrot gefärbte, also teilweis erhaltene Muskelpartien, die vor der Operation weder eine Funktion noch eine elektrische Erregbarkeit erkennen liessen. Ueberpflanzt man auf diese Muskeln kräftigere, so beobachtet man häufig, dass die vorher funktionsuntüchtigen Muskeln sich wieder kontrahieren. — Schliesslich verweist M. noch auf die Tenodese, die in manchen Fällen die Arthrodese ersetzen kann.

Ewald-Hamburg.

74) **Mendel.** Aerztl. Verein zu Essen-Ruhr 18. 5. 09.
Berlin. klin. Woch. 1909. 35.

Die Fibrolysinbehandlung und ihre Erfolge.

Aus der in- und ausländischen Literatur ist über viele Erfolge berichtet bei Hautnarben, Sehnenverwachsungen. (Dupuytrensche Kontraktur), Gelenksteifigkeiten, chronischen Gelenkerkrankungen, sowie auch bei inneren Verwachsungen und Strikturenbildungen. Ferner sind gute Resultate erzielt worden bei Tabes, Neuritis, Myositis ossificans. Die Anwendung geschieht immer intramuskulär, die Zahl der Injektionen beträgt 5—50. Da die Wirkung nur eine vorübergehende ist (Auflockerung der Gewebe), so muss die Behandlung durch hydriatische und mechanische Massnahmen unterstützt werden.

Levy hat in einem Fall von traumatischer Sehnenerkrankung schon nach wenigen Einspritzungen einen eklatanten Erfolg gesehen, in einem Fall von Dupuytrenscher Kontraktur hat die Methode völlig versagt.

Die verschiedenen Diskussionsredner berichten über Erfolge und Misserfolge. Blumenfeld und Dövenspeck wünschen von Mendel die Vorstellung eines Falls vor und nach der Behandlung.

Mendel fordert konsequente Durchführung der Behandlung, manchmal sei erst nach der 30. Injektion ein Erfolg zu beobachten.

Ewald-Hamburg.

75) **Goldmann.** Oberrheinischer Ärztetag. 15. VII. 09.
Münch. med. Woch. 1909. 45.

Über die chirurgische Behandlung der Spondylitis tuberculosa.

Da der primäre Herd sich im Wirbelkörper entwickelt, und zwar entsprechend der Ausbreitung der Endäste der Knochengefässe (Lexer) in seiner vorderen Hälfte, so geschieht der Durchbruch in der Regel praevertebral. Die Chirurgen beschränken sich auf die Behandlung des Abscesses und der Lähmung. Bezgl. letzterer hat Ménard gefunden, dass die Knochendifformität allein eine Kompression des Markes nicht veranlasst. Aber auch die Pachymeningitis externa ist nicht die häufigste Ursache der Lähmung. Daher ist auch die Mehrzahl der Chirurgen wegen der schlechten Dauererfolge von der Laminektomie zurückgekommen. Nach Ménard ist der spondylitische Abscess für die Entstehung der Lähmung verantwortlich. (In 96 % der Fälle soll sich ein Abscess bilden, ganz besonders auch bei der Spondylitis dorsalis, und in 84 % der Lähmungen handelte es sich um Spondylitis dorsalis.) Ferner wurde häufig die



Beobachtung gemacht, dass nach künstlicher oder spontaner Eröffnung des Abscesses eine Lähmung ausbleibt oder sich zurückentwickelt.

Bei der Spondylitis dorsalis bleibt der Abscess in Form eines Schwalbennestes im hinteren Mediastinum liegen und steht unter dem Druck der atmenden Lunge. Sobald der Wirbelkörper erweicht, treibt der Abscess einen Fortsatz nach dem Rückenmarkskanal und veranlasst die Lähmung.

Daher muss es durchaus rationell erscheinen, wenn Ménard für die Eröffnung und Drainage des Abscesses bei Lähmung plädiert. Diese Eröffnung des hinteren Mediastinums besteht in der sog. Costo-Transversektomie (von Ménard und Wassilief mit Erfolg ausgeführt). G. hat die Operation dreimal vorgenommen, zweimal heilte die Wunde und verschwand die Lähmung in kurzer Zeit, einmal war der Erfolg nur ein vorübergehender, da noch Lungen- und Pleuraveränderungen vorlagen.

Eine genaue Diagnose (Röntgenuntersuchung) muss der Operation vorhergehen. Das Röntgenbild zeigt das Vorhandensein eines Abscesses, seine Beziehungen zum erkrankten Knochen, seine Lage. Wenn durch konservative Massnahmen kein Rückgang der Lähmung erreicht wird, hält G. die chirurgische Therapie für angezeigt. Die angeblichen Nachteile (Pleuraverletzung, zurückbleibende Fistelbildung) kommen bei der Schwere der Krankheit kaum in Betracht, eine Fistel blieb oft garnicht zurück. — Auch nach 12 Jahre lang bestehender Lähmung hat Ménard noch sofortige Rückbildung nach Abszessdrainage erzielt. **Ewald**-Hamburg.

76) **Conteaud.** Société de médecine militaire française 7. X. 09.
Gazette des hôpitaux 1909. Nr. 127.

2 Fälle von recidivierender Schulterluxation. Nach horizontaler Faltung der Kapsel voller Erfolg. **Ewald**-Hamburg.

77) **K. Hirsch.** Berl. mediz. Gesellsch. 7. VII. 09.
Berl. klin. Woch. 1909. 30.

Fall von Reiskörperhygrom der Schulter.

Bei einer 30jährigen Frau bildete sich vor ca. 1/2 Jahr an der rechten Schulter, resp. an der Vorderseite des rechten Oberarms eine Geschwulst, die schnell an Grösse zunahm und bei der Untersuchung orangengross war. Gleichzeitig trat in der Untergrätengrube hinten ein ähnlicher, zweimannsfaustgrosser Tumor auf. Das Schultergelenk war völlig frei. Bei der Operation entleerte sich aus dem vorderen Tumor eine grosse Menge von Reiskörperchen ohne flüssige Beimengung. Wie aus dem Zusammenfallen des hinteren Tumors hervorging, stammten die Reiskörperchen zum Teil aus diesem, so dass also der Beweis des Zusammenhanges erbracht war. Die mikroskopische Untersuchung der Tumorwand und der Corpora oryzoidea ergab Tuberkulose. Es handelte sich um eine Affektion der bursa subdeltoidea und der bursa subacromialis. **Ewald**-Hamburg.

78) **Osann.** Aerzlicher Verein in Frankfurt a. M. 6. 9. 90.
Münch. med. Woch. 1009 44.

Ein 34jähriger Arbeiter erkrankte an Schmerzhaftigkeit, Taubheitsgefühl und Kraftlosigkeit im linken Arm. Es fand sich Lähmung des Biceps, brachialis int. und coracobrachialis, ferner Anaesthesie im Gebiet des nerv. cutaneus antibrachii lat. Es lag eine isolierte Lähmung des nerv. musculo-



cutaneus vor, bedingt durch eine Neuritis (Alkoholexzesse, Bleivergiftung, Ueberanstrengung der Beugemuskulatur des Arms) Ausgang in Heilung in drei Monaten. **Ewald**-Hamburg.

79) **Ludloff.** Schlesische Gesellsch. für vaterländische Kultur zu Breslau. 2. 7. 09. Berl. klin. Woch. 1909. 32.

2 Fälle von Olecranonfrakturen; das Röntgenbild zeigt, dass ein Sprung ins Olecranon hineingeht. L. verbindet weder in gebeugter noch gestreckter Stellung, sondern in Mittelstellung. Er massiert frühzeitig, warnt aber vor zu zeitigem Beginn der medico-mechanischen Behandlung, um die Gefahr der Diastase nicht zu vergrössern. L. möchte die Fraktur als Fract. ulnae fossae sigmoideae benannt wissen. **Ewald**-Hamburg.

80) **Ludloff.** Schles. Gesellschaft für vaterländische Kultur zu Breslau 2. 7. 09, Berl. klin. Woch. 1909 32.

Demonstration eines Falles von Ellenbogentuberkulose, der nach vergeblicher konservativer Behandlung nach Lewin (Berlin) reseziert wurde: Bei der Aufklappung des Gelenks von hinten bekommt man in der Tat einen grossen Zugang. **Ewald**-Hamburg.

81) **Heymann.** Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins 8. 3. 1909. Deutsche med. Woch. 1909. 35.

Wegen chronischer Osteomyelitis wurde eine Kranke innerhalb 9 Jahren fast an allen langen Extremitätenknochen operiert. Nach einer Sequestrotomie an der Ulna, die 1905 unter Esmarchscher Blutleere vorgenommen wurde, und nach dem darauffolgenden Pappschienenverband bildete sich innerhalb dreier Jahre ischämische Kontraktur (Streckunmöglichkeit der Finger) heraus. Da Bäder und Elektrizität versagten, nahm H. eine Kontinuitätsresektion der Ulna und des Radius vor, die trotz langwieriger Heilung zu einem guten funktionellen Resultat führte. **Ewald**-Hamburg.

82) **Stein.** Verein der Aerzte zu Wiesbaden 7. IV, 09. Berlin. klin. Woch. 1909. 34.

27 jähriger Mann, dem er vor 3½ Monaten wegen subkutaner Zerreissung und starker Retraktion der Extensorensehne des 4. linken Fingers eine künstliche Sehne aus sechs 4 cm. langen Seidenfäden hergestellt hat. Alle Bewegungen sind aktiv normal ausführbar, der Nagel blieb erhalten; einer der Seidenfäden hat sich nach 6 Wochen ausgestossen.

Ewald-Hamburg.

83) **Ossig.** Breslauer chirurgische Gesellschaft 16. VI. 09. Berlin. klin. Woch. 1909. 29.

O. berichtet über seltenere Handwurzelverletzungen, 5 Fälle von Verletzungen des os triquetrum, Frakturen oder Luxationen. Letztere sind nur einwandfrei auf seitlichen Röntgenbildern zu sehen, bei dorsovolaren Aufnahmen sind sie für den, der sie schon gesehen hat, an geringen Formunterschieden kenntlich. Die Luxation geschieht dorsalwärts. Gutes funktionelles Resultat. Die Luxation erscheint dem Vortr. als typische Verletzung.

Ewald-Hamburg.



84) **Goebel.** Breslauer chir Gesellschaft 12. VII. 09.
Berlin. klin. Woch. 1909. 36.

Vorstellung 2 er Fälle von schnellendem Finger.

1. bei einer 50 jährigen Frau erkrankte vor ca. 1 Jahre spontan der rechte Mittelfinger, dann der rechte Ringfinger, nach $^1/_2$ Jahr auch der linke. Die schnellende Bewegung tritt bei Beugung und Streckung im 1. Fingergelenk ein. Man fühlt mehr oder weniger deutlich eine knotige Verdickung, die etwa dem zentralen Ende der Fingersehnenscheide .entspricht. Bewegungsstörungen und Steifigkeit. Primär handelt es sich anscheinend um eine entzündliche Veränderung an der Sehnenscheide. Ob auch an der Sehne Veränderungen vorhanden sind, ist nicht zu entscheiden. Eine 8 wöchige Heissluftbehandlung brachte geringe subjektive Besserung.

2. Frau hat linken Daumen am Waschfass gestossen und kann seitdem nicht mehr das gebeugte Endglied aktiv grado richten. Röntgenbild ergab Zertrümmerung des Sesambeins an der Volarseite des Daumenzwischengelenks Nach einiger Zeit veränderte sich das Bild, insofern die Beugung jetzt stark beschränkt und das Schnellen nicht mehr auszulösen war.

Ewald-Hamburg.

85) **Carl Springer.** Wissensch. Gesellsch. Deutscher Aerzte in Böhmen. 26 2. 09.
Deutsch. med. Woch. 1909. 34.

Coxa valga congenita.

Bei dem 5 jährigen Patienten besteht ein Gang, der dem bei angeborener Hüftluxation ähnlich ist Die Röntgenaufnahme ergab Schenkelhalswinkel von 160° in Normalstellung des Beines, von 141° in Innenrotation. Also Anteversion des Schenkelhalses. Ausserdem Pfannen flach, Pfannendach steil, Darmbein ohne Schwingung nach aussen; im Ganzen das Bild, wie man es bei der Hüftverrenkung gewohnt ist. Vielleicht stehen Coxa valga und Luxatio coxae auch ihrer Entstehung nach einander nahe (Drehmann, Preiser).

Ewald-Hamburg.

86) **R. Levy.** Breslauer chirurgische Gesellschaft. 14. VI. 09.
Berl. klin. Woch. 1909. 29.

Ein 27 jähriger Arbeiter bemerkte seit seinem 17. Jahre, dass das rechte Bein länger wurde. Vor einem halben Jahr traten auch Schmerzen in der Leistengegend auf, das Hüftgelenk wurde total steif. Adduktions- und Flexionskontraktur, Aussenrotation, Trochanter unter der Roser-Nélatonlinie, r. Bein 2 cm. länger. Diagnose: Coxa valga adolescentium. Im Röntgenbilde sieht man ausser der Steilstellung ein starkes Hervortreten des Trochanter minor, trotzdem das Röntgenbild in Mittelstellung (Patella nach vorn) aufgenommen worden ist. Das Vorspringen des Trochanter minor ist bei der Coxa valga häufiger beobachtet (Stieda) — Demonstration eines mazerierten Präparats, aus dem ebenfalls hervorgeht, dass bei der Aufrichtung des Schenkelhalses gleichzeitig eine Verlagerung des Trochanter minor nach medial und vorn stattfindet. Auch die normale Antetorsion des oberen Femurendes ist nicht vorhanden. Aus der Tatsache, dass bei niederen Menschenrassen (Hottentotten, Australnegern) sich normaler Weise eine Coxa valga mit starker Antetorsion und normal gestelltem Trochanter minor findet, geht hervor, dass unsere Coxa valga sicherlich eine erworbene Deformität darstellt. **Ewald**-Hamburg.

87) **Hannemüller.** Schlesische Gesellsch. für vaterländische Kultur zu Breslau. 23. 7. 09.
Berlin. klin. Woch. 1909. 35.

15 jähriger Knabe mit Abreissung des Trochanter major. Konnte im Liegen das Bein nicht heben, weil Ileopsoas nicht funktionieren konnte (Ludloff). Bisher erst 3 Fälle in der Litteratur beschrieben.

Ewald-Hamburg.

88) **Katzenstein.** Berlin. mediz. Gesellsch. 7. VII. 09.
Berl klin. Woch. 1909. 30.

Einem 15 jährigen Knaben wurde wegen Femursarkom ein 13 cm. langes Schaftstück weggenommen und durch einen der Tibia entnommenen Periostknochenlappen ersetzt. Der Knochen sollte nur der Träger des Periostes sein und war darum nur 2 mm. dick. Gipsverband für 3 Monate. Wie Röntgenbilder ergeben, hat der überpflanzte Knochen an Masse ausserordentlich zugenommen. Seine Einfügung in Schaft und Kondylen ist schon nicht mehr genau zu erkennen. Demnach ist der Erfolg der plastischen Knochenoperation ein guter. Um Fraktur zu vermeiden, soll der Pat. noch einen Monat in einer Schiene laufen. **Ewald**-Hamburg.

89) **O. Wiener.** Verein deutscher Aerzte zu Prag. 1. VI. 09.
Berl. klin. Woch. 1909. 38.

Ueber intraneurale Injektionen bei Ischias und anderen Neuralgien.

Die Erfolge sind günstig, wenn die Injektionsflüssigkeit direkt in den Nerven erfolgt (100 ccm. kalte Cl. Na.-lösung). Die Wirkung ist eine mechanische. Auch bei den lanzinierenden Schmerzen der Tabiker, weiter bei Cephalgien und Migräne lassen sich mit den Injektionen gute Erfolge erzielen. Nach der Injektion von 100 ccm. tritt regelmässig Fieber (bis 39,5°) auf. Nach Tieruntersuchungen ist das Fieber durch Cl. Na. bedingt. (Vergiftungserscheinung.)

Ewald-Hamburg.

90) **Dreyer.** Schles. Gesellsch. für vaterländische Kultur in Breslau. 2. 7. 90.
Berl. klin. Woch. 1909, 32.

Intermittierender Hydrops des Kniegelenks.

Ein 8 jähriger Knabe bekam alle 8—10 Wochen Schmerzen und Schwellung in einem Kniegelenk. Nach 14 tägiger Bettruhe konnte er wieder laufen. Es wurde ein bohnengrosser osteomyelitischer Herd entfernt. Wie in den meisten anderen Fällen trat völlige Heilung ein.

In der Diskussion führt Partsch den Fall einer Frau an, bei der der Hydrops ins Kniegelenk immer regelmässig mit der Periode eintrat, während der Gravidität aber ausblieb. Zuerst dauerten die Anfälle 3—4 Tage, später länger. Jodoforminjektion brachte starke Verschlimmerung, fast Versteifung. Auf Punktion und Ausspülung mit Sublimat besserte sich der Zustand, so dass Pat. wieder Touren machen kann. — Es müssen Beziehungen zwischen Kniegelenk und Genitaltraktus bestehen. **Ewald**-Hamburg.

91) **Zieler.** Würzburger Aerzteabend 9. XI. 09.
Münch. med. Woch. 1909. 47.

Bei einem 61 jährigen Gärtner bildete sich innerhalb $1^{1/2}$ Jahren eine



Schwellung und Versteifung des linken Kniegelenks aus, das schliesslich in halber Beugestellung fixiert war. Im Röntgenbild keine wesentliche Veränderung; diffuse syphilitische Infiltration der Gelenkkapsel. Syphilis des Kniegelenks. Jodkali und Hg. hatten den gewünschten Erfolg. **Ewald**-Hamburg.

92) **Heintze.** Breslauer chir. Gesellschaft. 16. VI. 09.
Berl. klin. Woch. 1909. 29.

Ein 41jähr. Mann hat nach einer Verstauchung des Fussgelenks schon seit 1½ Jahren Schmerzen, Schwellung und Infiltration der Weichteile. Wassermann positiv, Talussymptome fehlen. Es handelt sich um eine chronische Fussgelenksentzündung, wobei die Aetiologie fraglich ist (Tuberkulose oder Lues?).

Ossig zeigt die Röntgenbilder des Falls, wo deutliche Zerstörung der Gelenkflächen des Talus und der Tibia, ausserdem periostale Auflagerungen vorn oben am Taluskopf sichtbar sind, aber keine eigentliche Knochenatrophie. — Hg.-Behandlung, Bettruhe, Gypsverband. Nach der Behandlung ergibt das Röntgenbild noch erheblichere Zerstörungen am Talocruralgelenk und ausserordentlich starke Knochenatrophie. Deswegen Verdacht, dass doch vielleicht Tuberkulose.

Levy meint, dass diese Knochenprozesse auch bei tabischer Arthropathie vorkommen. Eine Linie am Taluskopf im Röntgenbild ist als Fraktur anzusprechen. (Neuropathische Taluskopffraktur!) Dem Einwand, dass im Gipsverband doch keine Fraktur hätte auftreten können, begegnet er mit der Bemerkung, dass das Abnehmen des Gipsverbandes genügte, um eine Spontanfraktur herbeizuführen. **Ewald**-Hamburg.

93) **E. Heintze.** Breslauer chirurgische Gesellschaft. 16. VI. 09.
Berlin. klin. Woch. 1909. 29.

Bei einem 24jährigen Arbeiter, der zu Fall gekommen war, fand sich eine Luxation im Lisfranc'schen Gelenk. Das Röntgenbild zeigte Verschiebung der 5 Mittelfussknochen nach aussen um die Breite eines Mittelfussknochens und Fraktur des Capitulum ossis metatars. II. Korrektion in Narkose (am 9. Tage nach dem Unfall!) Gipsverband. Bei der Abnahme desselben Röntgenbefund wie bei der Aufnahme. Plattfussschuh, Gang gut, keine Beschwerden. **Ewald**-Hamburg.

94) **Oehlecker.** Aerztlicher Verein in Hamburg biol. Abt. 14. 12. 09.

Demonstration von Röntgenbildern eines Falls von Arthropathia pedis tabica, bei der auf beiden Seiten die Amputation nach Pirogoff ausgeführt wurde. Die Nachuntersuchung ergab nicht nur Anheilung des Kalkaneustuber an die Unterschenkelknochen, sondern auch Stillstand des Leidens, ja sogar gute Dickenzunahme der Fibula infolge vermehrter Beanspruchung durch Belastung.

Sänger hält diese Tatsache der Besserung resp. Beseitigung des krankhaften Zustandes der Knochen nach der Operation für eine wertvolle Stütze der zuerst von Charcot ausgesprochenen Ansicht, dass es sich bei den Arthropathien um eine chronische Reizung der Nerven handelt.

Krüger zeigt die Röntgenbilder von tabischer Arthropathie des Kniegelenks vor und nach der Operation. Sie zeigen, dass die ossale Heilungstendenz nach Resektion auch eine schlechte sein kann, wie dies in der Literatur



schon des Oefteren geschildert worden ist. Frakturen heilen bald gut, bald auch wieder sehr schwer, in einem Falle von Malleolarfraktur war noch nach vielen Monaten der Malleolus int. nicht angeheilt.

Andererseits sieht man dieselben günstigen Resultate wie nach der Pirogoffschen Operation bei der Grittischen Amputation, Demonstration eines Falles, wo die Patella an den Femurstumpf knöchern fixiert war.

Ewald-Hamburg.

95) **Sarrazin.** Niederrheinische Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Bonn 24. V. 1909.

Deutsche med. Woch. 1909. 46.

Der Kalkaneussporn stellt eine etwa vom 20. Lebensjahr ab vorkommende Exostose des Processus medialis calc. dar. Er kann nach Traumen, Rheumatismus, Gonorrhoe Beschwerden machen, aber auch ein ganzes Leben hindurch unbemerkt bleiben. Diagnose: Röntgenbild. Differentialdiagnose: Bursitis achillea profunda, Achillodynie, Fraktur des Kalkaneus, Pes planus, Tuberkulose und Osteomyelitis des Kalkaneus. — Der regelmässig unter dem Sporn sitzende Schleimbeutel ist deswegen wichtig, weil er mit dem Kalkaneussporn entfernt werden muss. Therapie: möglichst konservativ; Einlagen mit dellenförmiger Aushöhlung genügen manchmal, oft sind aber mit Luft gefüllte Fersengummikissen nötig. Auch Paraffininjektionen sind mit Erfolg versucht worden. Erst wenn alle sonstigen Mittel versagen, Resektion des Sporns und Exstirpation der Bursa. **Ewald**-Hamburg.

96) **R. Jones** (Liverpool). Jahresversammlung der britisch medical association Belfast 28. 7. 09.

Berlin. Klin. Woch. 1909. 39.

Der Klumpfuss und seine Behandlung.

Neben den Veränderungen der Knochenform und -stellung bestehen Verkürzungen der an der Fussinnenseite und der Sohle gelegenen Ligamente und Muskeln, vor allem der Plantarfascie, des Lig. calcaneo- naviculare und der Bänder am inneren Knöchel. — Die Behandlung muss in den ersten Lebenstagen beginnen; häufige Manipulationen und hierauf Fixation in überkorrigierter Stellung, was mit Bandagen zu erreichen ist. In leichteren Fällen genügt diese Methode immer. Wenn die Deformität hochgradiger ist, wird zuerst eine Tenotomie gemacht, der Fuss hierauf in gute Stellung gebracht und durch Schienen fixiert. Eingreifende Knochenoperationen sollen nur bei ganz hartnäckigen Fällen in Anwendung kommen.

Tubby (London) empfiehlt für schwere Fälle die teilweise oder vollständige Exzision des Talus.

A. Mac Lennan (Glasgow) verlängert die Achillessehne und überpflanzt den Ansatz derselben auf die Aussenseite des Fersenbeins. In manchen Fällen nimmt er die Malleolotomie vor. Ferner macht er die keilförmige Tarsektomie und zwar entfernt er einen dem Grade der Deformität entsprechenden Keil und legt diesen umgekehrt wieder in die Lücke ein.

E. Orven (London) ist Anhänger einer frühzeitigen Operation; er hat besonders mit der alten Phelpsschen Operation gute Resultate erzielt.

Ewald-Hamburg.



Einladung
zum 1. Deutschen Kongress für Krüppelfürsorge 1910.

Die Deutsche Vereinigung für Krüppelfürsorge E. V., veranstaltet
am 31. März 1910 im Plenarsitzungssaal des Preussischen Herrenhauses, Berlin W., Leipzigerstraße 3—4

den 1. Deutschen Kongress für Krüppelfürsorge.

Die Eröffnung des Kongresses wird vormittags ½9 Uhr pünktlich erfolgen. Die Vormittags-Sitzung dauert bis ½12 Uhr, die Nachmittags-Sitzung von 1—4 Uhr. Die medizinischen Themata sind so gelegt, dass sie in die Pause des Chirurgen-Kongresses fallen.

Der Eintritt zum Kongress ist jedem Freunde der Krüppelfürsorge gestattet gegen Lösung einer Eintrittskarte von 3 Mark, wofür dann der Bericht der Verhandlungen unentgeltlich geliefert wird. Diese Karten können schon jetzt beim Schriftführer, Herrn Dr. Biesalski, Berlin S. 59, Fontanepromenade 10, bezogen oder vor dem Sitzungssaal gelöst werden. Anmeldungen zur Teilnahme an der Diskussion oder besonderer Themata erbitte ich bis zum 1. März ebenfalls an den Schriftführer.

Die nachstehende Tagesordnung ist eine vorläufige: auf Wunsch wird die endgiltige vom Schriftführer zugesandt.

Berlin W., Wilhelmstrasse 68
den 15. Februar 1910.

Prof. Dr. Dietrich,
Geheimer Obermedizinalrat,
Vorsitzender für das Jahr 1910.

Vorläufige Tagesordnung.

Vormittags-Sitzung.

Eröffnungsansprache des Vorsitzenden.

Dr. Biesalski-Berlin: „Elemente der Krüppelfürsorge".

Landesrat Vieregge-Berlin: „Staat und Krüppelfürsorge".

Stadtrat Dr. Münsterberg-Berlin: Einleitung zu einer Besprechung über: „Die Stellung der Armenpflege zur Krüppelfürsorge, namentlich zur Handwerksausbildung der Krüppel".

Dr. Leonh. Rosenfeld-Nürnberg: „Neue Formen der Krüppelfürsorge".

Nachmittags-Sitzung.

Dr. Hoeftman-Königsberg: „Wieweit können orthopädische Prothesen die Erwerbsfähigkeit des Krüppels steigern?"

Prof. Dr. Vulpius-Heidelberg: „Ueber die Heilung des Krüppeltums durch operative Behandlung der Nervenkrankheiten".

Dr. Bade-Hannover: „Die Bedeutung der Prophylaxe in der Krüppelfürsorge".

Geschäftliches: Wahl des Kongressortes und des Vorsitzenden für 1912.

Pfarrer Ulbrich-Cracau: „Die Aufgaben der evangelischen Kirche in der Krüppelfürsorge".

Rektor Sommer-Bigge: „Krüppelfürsorge und katholische Kirche".

Vorschullehrer Borchert-Schöneberg: „Der Werkunterricht in seinem Wesen und seiner Bedeutung für Unterricht und Erziehung im Krüppelheim".

Erziehungsinspektor Legel-Berlin: „Die Hilfsschule im Krüppelheim".

Inhalt: Beitrag zur Arthrodese des Talo-cruralgelenkes. Von Prof. Dr. K. Cramer, (Originalmitteilung).

Referate: 1) **Chrysospathes**, Orthopädie in Hippokrates' Werken. — 2) **Zancarini**, Doppelseitige Coxa valga. — 3) **Fischer**, Wirkung der Muskeln. — 4) **Kroh**, Arthritis deformans. — 5) **Salamone**, Sulle artropatie sifilitiche. — 6) **Dominici**, Tuberkulöse Arthrosynovitis. — 7) **Luxembourg**, Epiphysenverletzungen. — 8) **Zuppinger**, Torsionsfraktur. — 9) **Birt**, Kindliche Frakturen. — 10) **Wildt**, Extensionsbehandlung. — 11) **Heuschen**, Extension in Entspannungslage. — 12) **Zuppinger**, Permanentextension. — 13) **Kirschner**, Nagelextension. — 14) **Anschütz**, Nagelextension. — 15) **Steinmann**, Stand der Nagelextension. — 16) **Onorato**, Verzögerung der Konsolidierung. — 17) **Freund**, Knochentuberkulose. — 18) **Frankenstein**, Knochentransplantation. — 19) **Tosatti**, Genese der Osteomalazie. — 20) **Nakayama**, Sarcom der langen Röhrenknochen. — 21) **Laccetti**, Biersche Hyperämie. — 22) **v. Haberer**, Enchondrom und Exostose. — 23) **v. Kutscha**, Ostitis deformans. — 24) **Biesalski**, Krüppeltum in Deutschland. — 25) **Rosenfeld**, Krüppelfürsorge. — 26) **Wittek**, Bandagistenkurpfuscherei. — 27) **Charnowska**, Werkstatt für Krüppel. — 28) **Steinert**, Polyneuritis syphilitica. — 29) **Andernach**, Oedème bleu. — 30) **Cramer**, Neurosen. — 31) **Buccheri**, Muskeleinpflanzung. — 32) **Förster**, Behandlung spastischer Lähmungen. — 33) **Tietze**, Förstersche Operation. — 34) **Virnicchi**, Nervennaht, — 35) **Meissner**, Lumbalanästhesien. — 36) **Riedinger**, Abrissfrakturen. — 37) **Berghausen**, Ueber Wirbelverletzungen. — 38) **Cocci**, Frakturen. — 39) **Fioravanti**, Tuberkulöse Ostitis. — 40) **Jouan**, Fixierte Torticollis. — 41) **Landwehr**, Spondylarthritis ankylopoetica. — 42) **Becker**, Skoliosenpendelapparat. — 43) **Mayol**, Heilgymnastik bei Deviationen. — 44) **Chlumsky**, Skoliose. — 45) **Ritter**, Muskulärer Schiefhals. — 46) **Jürgen**, Angeborener Schulterblatthochstand. — 47) **Noferi**, Luxation des Schlüsselbeines. — 48) **Clairmont-Ehrlich**, Habituelle Schulterluxation. — 49) **Madelung**, Irreponible Schulterluxation. — 50) **Krabbel**, Primäre Radialislähmung. — 51) **Landwehr**, Condylenbrüche des Humerus. — 52) **Finsterer**, Bruch des Mondbeines. — 53) **Schultze**, Deformitäten der unteren Extremität. — 54) **Manzoni**, Osteomyelitis des Os ilei. — 55) **Fittig**, Epiphysenlösung. — 56) **Waldenström**, Tuberkulose im Schenkelhals. — 57) **Hagen**, Coxa vara adolescentium. — 58) **Glaessner**, Angeborene Hüftgelenksverrenkung. — 59) **Graf**, Entstehung der angeborenen Hüftverrenkung. — 60) **Feinen**, Frakturen des Trochanter major. — 61) **Hoffmann**, Luxation der Patella. — 62) **Impallomeni**, Gelenktuberkulose der Kinder. —

Aus Kongress- und Vereinsberichten: 63) **Französischer Chirurgenkongress 4.—9. Oktober 1909.** — 64) **Nélaton**, Osteomyelitis. — 65) **Heintze**, Osteomyelitische Schaftnekrosen. — 66) **Rippert**, Nekrose des Knochens nach Erfrieren. — 67) **Zondek**, Struktur des Knochenkallus. — 68) **Heintze**, Korrektion difform geheilter Knochenbrüche. — 69) **Hirschberg**, Codivilla'sche Nagelextension. — 70) **Kirschner**, Steinmann'sche Nagelextension. — 71) **Reyer**, Barlow'sche Krankheit. — 72) **Jones**, Gelenktuberkulose. — 73) **Auerbach**, Spinale Kinderlähmung. — 74) **Mendel**, Fibrolysinbehandlung. — 75) **Goldmann**, Spondylitis tuberculosa. — 76) **Couteaud**, Rezidivierende Schulterluxation. — 77) **Hirsch**, Reiskörperhygrom der Schulter. — 78) **Osann**, Isolierte Lähmung des nerv. musculo-cutaneus. — 79) **Ludloff**, Olecranonfrakturen. — 80) **Ludloff**, Ellenbogentuberkulose. 81) **Heymann**, Ischämische Kontraktur. — 82) **Stein**, Subkutane Zerreissung der Extensorensehne. — 83) **Ossig**, Handwurzelverletzungen. — 84) **Goebel**, Schnellende Finger. — 85) **Springer**, Coxa valga congenita. — 86) **Levy**, Coxa valga adolescentium. — 87) **Hannemüller**, Abreissung des Trochanter major. — 88) **Katzenstein**, Plastische Knochenoperation. — 89) **Wiener**, Intraneurale Injektionen bei Ischias. — 90) **Dreyer**, Hydrops des Kniegelenks. — 91) **Zieler**, Syphilis des Kniegelenks. — 92) **Heintze**, Chronische Fussgelenksentzündung. — 93) **Heintze**, Luxation im Lisfranc'schen Gelenk. — 94) **Oehlecker**, Arthropathia pedis tabica. — 95) **Sarrazin**, Kalkaneussporn. — 96) **Jones**, Klumpfuss und seine Behandlung.

Einladung zum I. Deutschen Kongress für Krüppelfürsorge 1910.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. Dr. **O. Vulpius** in Heidelberg, Luisenstr. 1—3, oder an die Verlagsbuchhandlung **S. Karger** in Berlin NW 6, Karlstr. 15, einsenden.



Zentralblatt
für
Chirurgische und mechanische Orthopädie
einschliesslich der gesamten Heilgymnastik und Massage.

Redigiert von
Prof. Dr. O. Vulpius
in Heidelberg.

Verlag von
S. Karger in Berlin
NW., Karlstrasse 15.

Monatlich erscheint ein Heft im Umfang von 48 Seiten. Preis des Jahrgangs Mk. 15,—. Zu beziehen durch die Post und durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes.

Bd. IV. April 1910. Heft 4.

1) **Herz** (Auckland). Der Affe und die Orthopädie.
Zeitschr. für orthop. Chirurgie XXIII. Bd. 1.—2. H. S. 196.

Veranlasst durch einen Aufsatz von Böhm-Berlin über die Ursache und das Wesen der idiopathischen Deformitäten des jugendlichen Alters wendet H. sich gegen die Angabe von B., dass bei den Affen physiologisch eine Coxa vara bestände. Nach H.s Beurteilung der B.schen Zeichnungen liegt nur eine Ueberdeckung der Schenkelhälse durch den stark entwickelten Trochanter vor, die eine Coxa vara vortäuscht, während tatsächlich der Schenkelhals steil verläuft. Auch hält H. die Ansicht für falsch, dass die Entwicklung des Menschen über die anthropoiden Affen gehe, höchstens sei eine gemeinschaftliche Urform anzunehmen, von der aus sich die beiden Zweige in verschiedener Weise entwickelt haben. Eine Erklärung der idiopathischen Deformitäten durch die vergleichende Anatomie sei nicht erbracht. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

2) **Böhm** (Berlin). Probleme der Deformitätenlehre.
Zeitschr. für orthop. Chirurg. XXIII. Bd. 1.—2. H. S. 204.

Im Gegensatz zu Herz hält B. an seiner Behauptung fest, dass das Femur des Affen eine Coxa vara zeige und führt als Beweis dafür die Photographien mehrerer Affenfemora an, ebenso die Bilder des unteren Femurabschnittes und des Fusses vom Gorilla, um daran die Erscheinungen der Valgität zu demonstrieren. B. weist auch die Annahme zurück, dass er behauptet habe, die Entwicklung des Menschen gehe über die Affen. Vielmehr entwickelten sich die beiden Spezies neben einander, nur variiere in manchen Fällen der Typus Mensch nach dem Typus Affe hin, was sich in der Bildung der Femora etc. zeige. Es handele sich also bei



diesen Bildungen nicht um erworbene, sondern bereits in der Anlage begründete Deformitäten, die aber erst im späteren Lebensalter zur Entwicklung kommen, wie er das für die Skoliose bereits nachgewiesen habe. Dass die in der Anlage begründeten Deformitäten erst durch mechanische Momente zur stärkeren Entwicklung kommen, sei als sicher anzunehmen. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

3) **Krukenberg.** Neue Probleme zur Behandlung der Belastungsdeformitäten.
Arch. f. kl. Chir. Bd. 90. 4. H. p. 913.

Von dem Satze: „Bei jeder Deformität verschiebt sich die Schwerlinie in einer Weise, welche das weitere Vorschreiten der Verkrümmung begünstigen muss", ausgehend, hat Kr. als Prinzip seiner Behandlungsmethode das Bestreben aufgestellt, die falsche Richtung der Schwerkraft zu beseitigen. Die Unterstützungsfläche muss in die Richtung gebracht werden, dass die Schwerlinie sie dann in der gewünschten Richtung schneidet. Bei den Deformitäten der unteren Extremität lässt sich das in einfacher Weise erreichen durch schiefe Ebenen, sodass durch die Körperlast dann ein Druck im Sinne der gewünschten Korrektur hervorgerufen wird. — Für den Fuss sind die Belastungsverhältnisse dann am günstigsten, wenn er nach vorn oder hinten geneigt ist und gleichzeitig die Körperlast nach vorn oder hinten von der Mitte geworfen wird. Dies erreicht Kr. durch eine unter der Mitte des Fusses schräg gestellte Schraube, durch die der Fuss gezwungen wird, bei gleichzeitiger Belastung des Vorderfusses, die Fussspitze zu senken oder den Hacken zu senken und die Körperlast nach hinten zu verlegen. — Für die Behandlung der Scoliosen macht Verf. zunächst auf die grosse Bedeutung des Musc. psoas in der Statik der Wirbelsäule aufmerksam. Dann gibt er einen Apparat an, bei dem die bei Scoliosen als Seitenzug wirkende schädliche Komponente der Schwerkraft durch einen Seitenzug in entgegengesetzter Richtung kompensiert und gleichzeitig die Stelle der stärksten Ausbiegung der Wirbelsäule so fixiert wird, dass der darüber liegende Teil über ihr als Hypomochlion gestreckt werden kann. Die Einzelheiten der Apparate müssen im Original nachgesehen werden. **Baisch**-Heidelberg.

4) **Otto Ehringhaus.** Ueber Hyperdaktylie mit Syndaktylie. (Mit 2 Abbildg.) (Charité — Annalen. XXXIII. Jahrg.)

Beschreibung eines Falles, bei dem beide Hände und Füsse an der Deformität beteiligt sind. Verf. betont die Wichtigkeit der Röntgenuntersuchung für derartige Missbildungen, die oft erst die genaue Diagnose

ermöglicht und die entsprechenden chirurgischen Eingriffe gestattet. Einteilung in verdeckte und offene syndaktyle Hyperdaktylie. Zusammenfassung: Die syndaktyle Hyperdaktylie tritt meist symmetrisch an den Extremitäten auf, hat bestimmte Prädilektionsstellen und ist exquisit vererblich. **Natzler**-Heidelberg.

5) **Barfurth.** Ueber Hyperdaktylie. (Diss. 1909. Rostock.)

B. gibt in der vorliegenden Arbeit einen kurzen Ueberblick über den augenblicklichen Stand der Hyperdaktyliefrage, ohne etwas Neues zu bringen und fügt der Arbeit einen Stammbaum einer in Hamburg ansässigen hyperdaktylen Familie bei, der die Ausdehnung dieser Missbildung im Bereich der Familie treffend veranschaulicht.

Blencke-Magdeburg.

6) **Eugen Bibergeil.** Zur Kasuistik des angeborenen partiellen Riesenwuchses. (Mit 5 Abbildg.) (Charité-Annalen. XXXIII. Jahrg.)

Verf. hat 5 Fälle beobachtet, bei denen zweimal der linke Zeige- und Mittelfinger, dreimal die rechte untere Extremität beteiligt war. Besprechung der hereditären Einflüsse, der Verteilung auf Geschlecht und einzelne Körperhälften. Verschiedene Formen des angeborenen partiellen Riesenwuchses, Aetiologie (embryonale, nervöse und mechanische Theorie) und Pathologie. **Natzler**-Heidelberg.

7) **Marcus.** Die Krüppelfürsorge in der Schule. (Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung. 1909. 18.)

Die Hauptgesichtspunkte für die Krüppelfürsorge in der Schule sind nach M.:

1. Die Krüppelfürsorge wendet mit Recht ihr Hauptaugenmass den Kindern während des schulpflichtigen Alters zu, da gerade während der Schulzeit die häufigsten Deformitäten, die zu hohen Graden der Verkrüppelung führen können — die Verkrümmungen der Wirbelsäule — aufzutreten oder eine Verschlimmerung zu erfahren pflegen.

2. Die Krüppelfürsorge hat zu bestehen in einer sachlichen, die im allgemeinen mit der Schulhygiene identisch ist, und in einer körperlichen, sich mit dem Kinde selber beschäftigenden.

3. Die körperliche Fürsorge hat die Aufgabe, Kinder mit schon bestehenden Deformitäten einer zweckentsprechenden Behandlung zuzuführen und die Entstehung bezw. Verschlimmerung einer Deformität nach Kräften zu verhüten.

4. Die Schulleitung und der Schularzt gemeinsam sind berufen und in der Lage, für die Ausführung der notwendigen Massregeln zu sorgen. **Blencke**-Magdeburg.



8) **Franz König** (Berlin). Umfang und Art des jugendlichen Krüppeltums und der Krüppelfürsorge in Deutschland.
Berl. klin. Woch. 1909. 31.

Kurze Zusammenstellung der Momente, aus denen sich die Notwendigkeit einer Krüppelzählung ergeben hat: zu der Betätigung der Geistlichen kam nacheinander die der Lehrer, der Handwerkslehrer und der Aerzte. Kritik der Biesalskischen Arbeit („Umfang und Art des jugendlichen Krüppeltums usw.“). Die Definition, die Biesalski für den Begriff „Krüppel“ gibt, erscheint K. nicht einwandfrei. Vor allem aber hält er die Zahl der gezählten Krüppel (98263) für viel zu hoch gegriffen und führt diesen Fehler in der Zählung auf die Auswahl der Kranken, die als Krüppel angesehen werden sollen, zurück. Viele Erkrankungen wie Knochentuberkulose, rachitische Verkrümmungen, Polydaktylie, Syndaktylie, X- und O-bein, Klumpfuss, Plattfuss, Kinderlähmung usw. (etwa 40000 Kranke) seien nicht dem Krüppeltum zuzurechnen, sondern müssten nur ärztlich behandelt werden. Es missfällt K., dass anscheinend die Orthopäden das Verdienst für sich in Anspruch nehmen, die Krüppel erst ernsthaft behandelt zu haben, und weiter das Recht in Anspruch nehmen, obengenannte Krankheiten in Zukunft zu behandeln. Er sagt dagegen: „Die Behandlung der Mehrzahl dieser Kranken fällt der Chirurgie anheim, und die Orthopädie muss vielfach bei ihrer Behandlung helfen“. Die Chirurgen hätten auch früher ihr besonderes Interesse der Extremitätenchirurgie zugewandt, und den Orthopäden habe erst Hessing den Weg gewiesen. Dann hätten allerdings in der „Richtung der Mechanotherapie die orthopädisch arbeitenden Chirurgen zum Teil Gutes und Neues geschaffen“, was dann auch von den Chirurgen übernommen worden sei. Wenn die Intentionen von Biesalski in die Wirklichkeit umgesetzt würden, dann würde den chirurgischen Krankenhäusern und Kliniken der grösste Teil der Extremitätenerkrankungen und -verletzungen entzogen werden, was insbesondere für den angehenden praktischen Arzt und Chirurgen eine schwere Schädigung bedeuten würde. Das Recht „Extremitätenkrüppel“ zu behandeln, nimmt K. durchaus für den Chirurgen in Anspruch.

Ewald-Hamburg.

9) **Biesalski** (Berlin). Chirurgie und Krüppelfürsorge.
Berlin. klin. Woch. 1909. 34.

Erwiderung auf Königs Arbeit. (s. vorstehendes Referat!) K. hat verschiedene Erkrankungen und Missbildungen als nicht für die Zählung verwendbar gekennzeichnet: B. fragt, ob denn Pat. mit



Folgezuständen und schweren Formen z. B. der Tuberkulose, der Rachitis, der Kinderlähmung nicht zu den Krüppeln zu rechnen seien. B. verteidigt und erklärt seine bekannte Definition des Begriffs „Krüppel", bei dem das soziale Moment, — die soziale Not einerseits und die durch die Krüppelfürsorge ev. gewährleistete soziale Selbständigkeit andrerseits berücksichtigt sei. — Ein grosser Teil (gegen 20000) ist nicht unbedingt auf Heimpflege angewiesen, fällt also ohne weiteres der Pflege und Behandlung durch die chirurgischen Abteilungen anheim; von den anderen 20000 ist ein grosser Teil schon in den Kliniken fertig behandelt und bedarf im Krüppelheim nur der Erziehung und des Handwerksunterrichts. Ein anderer Teil aber muss während der langen Krankheitsdauer nebenher Schulunterricht geniessen und später im Handwerk unterwiesen werden, eine Aufgabe, die die chirurgische Klinik gar nicht übernehmen kann. Die Verbindung von Klinik und Schule unter einem Dach ist eben moderne Krüppelfürsorge.

Bei einem letzten Teil von 20000 Gezählten wird das an sich nicht schwere chirurgische Leiden durch eine andere Krankheit (Blind-, Taubheit, Schwachsinn) kompliciert oder die Kinder müssen im Krüppelheim Aufnahme finden wegen elender häuslicher Verhältnisse.

Der Streit um die Krüppelversorgung ist aber darum schon hinfällig, weil von 98000 Krüppeln vorläufig nur 3371 in den 39 Krüppelheimen Aufnahme finden können. Die chirurgischen Abteilungen oder gar die Kliniken werden also nicht geschädigt und das um so weniger, als die Krüppelkinder zur Extremitätenchirurgie nur einen ganz geringen Bruchteil stellen. Im übrigen ist eine Scheidung zwischen chirurgischen (blutig zu behandelnden) und orthopädischen Krüppeln nicht möglich und ein Beharren auf dem einseitigen Standpunkt führt zu unfruchtbaren Streitigkeiten.

Tatsache ist, dass neben glänzenden Ausnahmen wie König, Schede, Mikulicz, Kümmell u. a. von anderen Chirurgen die Orthopädie zeitweilig recht stiefmütterlich behandelt wurde. Sie hat sich selbständig weitergebildet und sich in der Krüppelfürsorge ein erfolgversprechendes Arbeitsfeld geschaffen. Dadurch wird dem Heilen ein soziales Moment hinzugefügt, und die moderne Krüppelfürsorge kann nur von diesem Standpunkt aus richtig bewertet werden.

In einem Nachwort bemerkt König kurz, dass er in keine Polemik eintreten wolle, dass er aber nichts von seinen Bemerkungen zurücknehme, sondern sie nach wie vor für zutreffend halte.

Ewald-Hamburg.



10) v. **Baeyer** (München). Fremdkörper im Organismus. Das Verhalten von metallisch verbundenen Zink-Kupferstückchen im Gewebe.
Münch. med. Woch. 1909. 47.

Das Kupfer verliert durch seine metallische Verbindung mit Zink seine giftigen Eigenschaften, es löst sich nicht mehr in den Körpersäften auf und ruft daher weder eine Eiterung noch die Bildung einer dicken Kapsel hervor. Für die Chirurgie hat diese Eigentümlichkeit der Metallkombinationen bezgl. der Wahl des Nahtmaterials Bedeutung. **Ewald**-Hamburg.

11) **J. Stratochvil.** Zur Technik der Hautdesinfektion. (Wien. klin. Woch. 1909. Nr. 47.)

Die von Grossich angegebene Verwendung der Jodtinktur zur Desinfektion der Haut wird mit der Modifikation angewendet, dass am Tage vor der Operation das Operationsgebiet mit Seife und Bürste in der üblichen Weise gereinigt, mit sterilem Verband bedeckt und unmittelbar vor der Operation mit Jodtinktur bestrichen wird.

(Wir selber halten schon seit einer Reihe von Jahren einen ähnlichen Vorgang ein und können an mehreren tausend Fällen die günstigen Erfahrungen des Autors bestätigen.)

Spitzy-Graz.

12) **Oehler** (Freiburg). Zur Diagnose der cerebralen Fettembolie.
Bruns Beitr. z. klin. Chir. 65. Bd. 1. H. p. 11.

Es gibt eine respiratorische Form der Fettembolie, die der gewöhnlichen Lungenembolie vollkommen gleicht und eine cerebrale Form, bei der die Differentialdiagnose gegen traumat. Spätapoplexie Schwierigkeiten bereiten kann. Gegenüber dieser ist das Fehlen von Druckpuls, Fehlen isolierter Lähmungen und Fehlen von Veränderungen am Augenhintergrund von Wichtigkeit, ferner Nachweis von Fett im Urin (nicht immer!), Temperatursteigerungen. Von den 2 vom Verf. mitgeteilten Fällen verlief der 1. letal, der 2. ging in Heilung über. Therapie rein exspektativ. **Balsch**-Heidelberg.

13) **Lehnerdt.** Zur Frage der Substitution des Calciums im Knochensystem durch Strontium. I. Mitteilung: (Zieglers Beitr. z. path. Anat. 46. Bd. S. 468—572.) II. Mitteilung: (Zieglers Beitr. z. path. Anat. 47. Bd. S. 215—247.) (1909.)

Lehnerdt stellte, geleitet von der Frage nach der Genese, Therapie der Rachitis etc., an der Hallenser Kinderpoliklinik (Direktor Stoeltzner) an Hunden und Kaninchen Fütterungsversuche mit Strontium



an. Das Ergebnis der chem. Untersuchung ist anderwärts veröffentlicht. Die erste Mitteilung handelt phatolog.-anatom. vom „Graviditätsversuch“: 4 während der Gravidität mit Strontium gefütterte Kaninchen warfen in 8 Würfen Junge — 32 untersucht — mit einer kongenitalen Knochenerkrankung. Die zweite Mitteilung gibt das path.-anatom. Resultat eines „Laktationsversuches“: 4 Bulldoghunde und 9 Kaninchen, von in Strontiumfütterung stehenden Muttertieren gesäugt, erkrankten ebenfalls am Skelettsystem. Das Strontium geht von der Mutter auf die Jungen über, im ersten Fall durch das Blut, im zweiten durch die Milch. Sowohl die kongenitale wie die post partum akquirierte Knochenerkrankung ist charakterisiert durch gesteigerte Apposition im wesentlichen ohne Verkalkung und gehemmte Resorption. Die Verschiedenheit in der äusseren Morphologie der kongenitalen und extrauterinen Erkrankung ist bedingt durch den Zeitabschnitt der Einwirkung des Strontiums — deshalb bei der kongenitalen: Bestehenbleiben des Knorpels, Verbiegung der Diaphysenmitte der Röhrenknochen. — Ein Vergleich des Resultats der Kalkarmen, Phosphor-, Phosphor- und Kalkarmen Strontiumfütterung ergibt: Bei Kalkarmer Fütterung Osteoporose, bei Phosphor Osteosklerose, bei Phosphor- und Kalkarmer Fütterung dasselbe Resultat wie bei Phosphor, jedoch Skelett kalkfrei, bezw. arm, aber kalkaufnahmeunfähig, mit letzterem Ergebnis deckt sich das bei einfacher Strontiumfütterung. Dieses Ergebnis passt zu der Stoeltznerschen Theorie: Calcium, Phosphor, Strontium regen die Knochenbildung an; damit bei Calcium Selbststeuerung im Organismus verbunden — es wird soviel Osteoid gebildet als verkalken kann, — bei Strontium und Phosphor nicht. Während das Calcium in unlösb. Form deponiert wird, ist dies beim Strontium nicht der Fall, es ist daher kein Substituens des Calciums. Während bei der Rachitis nach Stoeltzner das Skelett trotz genügender Kalkzufuhr nicht kalkaufnahmefähig ist, ist das Skelett bei Strontiumfütterung kalkaufnahmefähig, es handelt sich um Ueberschussbildung von unverkalktem Gewebe, dasselbe verkalkt nicht wegen relativer Kalkverarmung — Osteoidmehrbildung bei Mangel von Resorption von verkalktem Knochen. — Die Strontiumknochenerkrankung ist eine pseudorachitische. Bei Anwendung auf die Therapie könnte die Phosphordarreichung versucht werden durch die Kombination von geringen Mengen Strontium mit viel Calcium, indiciert bei: Osteomalacie, Rachitis, schlechter Kallusbildung, allen mit stärkerer Porose und vermehrter Resorption einhergehenden Knochenerkrankungen (Osteopsathyrosis); während der Gravidität und Laktation ist die Medikation kontraindiciert — Strontiumpseudorachitis der Kinder! —

Pol-Heidelberg.



14) **Wallace Blanchard** (Chicago), the bone fragility and eburnation of rachitis.

Americ. journ. of orth. surg. 1909. 4.

Eburnation und Ossifikation sind nicht die nämlichen Prozesse. Normale Knochen sind bis zur Ossifikation biegsam, rachitische sind brüchig, bis die Eburnation eintritt. Diese kann durch Krankheit und ungünstige Ernährung sehr verzögert werden, andererseits unter güustigen Bedingungen sehr schnell zustande kommen. B. hat in 27 Fällen vor der Eburnation beim Einzelindividuum 1—32 Spontanfrakturen beobachtet. In diesem Stadium soll man die deformierten Knochen nicht korrigieren. Durch Wechsel der Umgebung, kräftige Ernährung kann die Eburnation in $^1/_2$—2 Monaten erreicht werden. Eburnierter Knochen kann weder durch Schienen noch durch Gipsverbände korrigiert werden. Nur geringgradige O-Beine von Gesunden und ganz leichten Rachitikern können sich spontan korrigieren, aber höchst selten.

O- und X-Beine können sich trotz dauernder Bettruhe verschlimmern. —

Bei zweijährigen Kindern macht man am besten einen Gipsverband in korrigierter Stellung und lässt die Kinder zwei Monate damit herum laufen (40 Fälle wurden so mit gutem Erfolg behandelt).

Für ältere Kinder ist die Osteoclase (Osteoklast von Grattam) die sicherste und leichteste Korrektionsmethode. (1000 Fälle von X- und O-Beinen und Verbiegungen der Tibia nach vorn.)

B. hat beobachtet, dass das O-Bein zur Coxa vara, das X-Bein zur Coxa valga disponiert. Beim O- und X-Bein betrifft die Verbildung sämtliche langen Knochen, doch beginnt die erste Biegung beim X-Bein am oberen Tibiaschaft, beim O-Bein am unteren Femurschaft.

Ewald-Hamburg.

15) **Bergemann.** Wie lange nach dem Tode oder nach der Amputation bleibt der Knochen bezüglich seiner Keimfreiheit transplantationsfähig?

Arch. f. kl. Chir. 90. Bd. 2. H. p. 279.

Um obige Frage zu entscheiden, machte Verfasser zahlreiche Impfversuche mit Leichenknochen. In verschiedenen Intervallen p. mort. entnahm er von dem unteren Femur- oder oberen Tibiaende Stückchen von Knochenmark und Spongiosa und legte Kulturen davon an. In gleicher Weise verfuhr er mit Knochen von Amputationen. Nur in einem Falle ergab die Untersuchung von



Leichenmaterial ein Wachstum von Keimen 44 Stunden p. mort. In allen anderen meist in früheren Stadien entnommenen Proben blieben die Kulturen steril, und Verf. glaubt daraus den Schluss ziehen zu können, dass Leichenknochen in den ersten 12 Stunden nach dem Tode keimfrei sind. Für Knochen von Amputationen stellte sich die Zeit auf 14—18 Stunden. In dieser Zeit wäre also der Knochen theoretisch transplantationsfähig.

Baisch-Heidelberg.

16) **Al Sarantis** (Papadopoulos). Rachitisme et tuberculose. (Revue d'orth. 1909. 6.)

Ein 5 jähriger Knabe mit rachitischer Kyphose, Brustkorb- und Extremitäten-Rachitis hatte ausserdem eine Lungen- und Knochentuberkulose. Verf. bespricht die Möglichkeit, dass beide Erkrankungen, die Rachitis und die Knochentuberkulose, eine Ursache haben, nämlich die Tuberkulose, die bazilläre und die inflammatorische Poncets. Allerdings ist der Beweis dafür nicht zu führen.

Ewald-Hamburg.

17) **Rudolf Maier.** Ueber Ostitis deformans Paget. (Mit 3 Abbildg.) (Charité-Annalen. XXXIII. Jahrg.)

Besprechung der noch dunkeln Aetiologie. Beschreibung eines Falles, in dem Lues durch negativen Wassermann ausgeschlossen wurde, und der einige ungewöhnliche Merkmale aufwies: Beginn ohne Schmerzen am Malleolus externus, Beteiligung der Fussknochen, Defektbildung am Schädel, Behebung der Beschwerden durch Jodkali. Bemerkungen über Diagnose, Therapie (intern oder chirurgisch?) und Prognose.

Natzler-Heidelberg.

18) **Sydney M. Cone** (Baltimore). Bone pathology in its relation to general pathology.

Amer. jour. of orth. surg. 1909. 4.

C. beklagt das geringe Studium der Knochen bei den Autopsien, trotzdem durch Allgemeinerkrankungen das Knochengewebe ebenso häufig alteriert wird wie andere Organe. Er beschreibt sein Verfahren der Entkalkung, Härtung und histologischen Untersuchung. Seitdem er darauf achtet, hat er viele Residuen oder path.-anatomische Erscheinungen von chronischen Erkrankungen im Knochengewebe besonders deutlich gesehen: Pigmentierungen bei chronischer Malaria, Anthrakosis; Haemorrhagien bei Stauungen, Degenerationen bei infektiösen Krankheiten, Oedeme und Schwellungen der Periostlamellen bei Nierenerkrankungen und Eklampsie.

Ewald-Hamburg.



19) **Pfister** (Altona). Beitrag zur Kenntnis der posttraumatischen Ossifikationen. (Arch. für kl. Chir. 89. Bd. 4. H. p. 855.)

Verf. will den von Stieda zuerst beobachteten Knochenschatten neben dem Condylus int. femoris, nicht wie dieser als Absprengung, sondern als Ossifikation in dem peri- oder paraostalen Gewebe resp. in den Ansätzen des Lig. collaterale tibiale oder der Adduktorensehne deuten. Als Beweis dafür dient ihm die Beobachtung, dass solche Knochenschatten gewöhnlich erst längere Zeit nach dem Trauma beobachtet wurden und dass man röntgenographisch ein Anwachsen und ein Schwinden derselben verfolgen kann. Zum Schlusse schlägt er mit König (Altona) vor, für die posttraumatischen Ossifikationen die Bezeichung frakturlose Callusbildung einzuführen, da die anderen üblichen Bezeichnungen (Myositis ossificans, Tendinitis ossificans, traumatisches Osteom) unrichtig oder nicht vollständig seien. **Baisch**-Heidelberg.

20) **Decken.** Zur Kasuistik der Knochencysten bei Ostitis fibrosa. (Diss. Giessen 1909.)

D. hatte Gelegenheit im Giessener pathologischen Institut zwei Fälle von solitären Knochencysten zu untersuchen, von denen die eine in der Fibula, die andere am unteren Ende des Humerus ihren Sitz hatte. In beiden Fällen war es zu Deformitäten der Knochen gekommen. Die mikroskopische Untersuchung der Cystenwandung ergab in beiden Fällen, dass keine echte Cyste mit eigener endo- oder epithelialer Auskleidung vorlag, dass vielmehr der Hohlraum als Produkt einer Gewebseinschmelzung anzusprechen war; dass ferner eine Umwandlung des normalen Markgewebes im Bereiche des zur Cystenbildung tendierenden Prozesses in teils faseriges, teils zellreiches Bindegewebe stattgefunden hatte, und dass neben einer lebhaften Resorption, die zum totalen Schwunde der Corticalis geführt hatte, ein Anbau von jungen, an Scharpey'schen Fasern reichen, meist osteoiden Knochenbälkchen in den erkrankten Knochenteilen nachzuweisen war. Auf Grund dieser seiner Untersuchungsergebnisse, die mit den bisher in der Literatur veröffentlichten vollkommen übereinstimmen, hält sich D. für berechtigt, auch diese Fälle als lokalisierte Ostitis fibrosa zu bezeichnen.

Blencke-Magdeburg.

21) **Arnold Flinker.** Zur Lehre von der Exostosis cartilaginea multiplex und ihren Beziehungen zur Rachitis. (Wien. klin. Woch. 1909. Nr. 39.)

An der Hand einer kasuistischen Mitteilung und einer reich-



lichen Berücksichtigung der einschlägigen Literatur wird die Verwandtschaft der Erkrankung mit der Rachitis und die Beziehung zwischen Kretinismus und Rachitis bearbeitet. **Spitzy**-Graz.

22) **Marcozzi.** Sulla patogenesi dell'osteosi solitaria.
Il Tommasi 1909. Nr. 15. e 16.

Verf. gibt einen Ueberblick über die zahlreichen Lehren, die bisher über die Pathogenese des Osteoms bestehen, und in denen sich die abweichendsten pathogenetischen Vorstellungen vertreten finden. Die meisten dieser Lehren haben keine solide Grundlage, sei es weil einigen die experimentelle Kontrolle fehlt, sei es weil nicht alle in evidenten pathologisch-anatomischen Tatsachen eine Stütze finden.

Aus diesen Gründen teilt sie Verfasser in drei Gruppen ein. In die erste rechnet er diejenigen Theorien, welche die Pathogenese des Osteoms mit Faktoren in Beziehung bringen, die imstande sind, in dem Organismus nicht nur eine allgemeine Wirkung, welche als prädisponierende bezeichnet werden kann, sondern auch eine lokale zu entfalten, die fähig ist, möglicherweise ein Osteom zu bedingen. Eine zweite Gruppe betrifft diejenigen Theorien, welche die erwähnte Pathogenese mit Faktoren in Beziehung bringen, die nur eine allgemeine Wirkung im Organismus haben und demnach nur als prädisponierend betrachtet werden können. In einer dritten Gruppe endlich lassen sich diejenigen Theorien zusammenbringen, welche diejenigen Faktoren berücksichtigen, die eine direkte Wirkung nur auf die Stelle haben können, wo das Osteom zur Entwicklung kommt. **Buccheri**-Palermo.

23) **A. Hoffmann** (Greifswald). Knochennaht und Knochenbolzung.
Arch. f. kl. Chir. 90. Bd. 2. H. p. 367.

Verf. berichtet über die mit Knochennaht und Bolzung an der Greifswalder chirurg. Klinik erzielten Erfolge.

Es werden an der dortigen Klinik operativ behandelt: alle Patellar-, Olecranon- und Gelenkbrüche, ferner alle schlecht geheilten Frakturen bezw. Pseudarthrosen. Die Naht findet Anwendung in erster Linie dort, wo die Fragmente in der Längsrichtung distrahiert sind (Olecranon, Patella) die Bolzung vor allem bei Pseudarthrosen. Die Naht wird mit Silber- oder Aluminium-Bronzedraht jeweils in ganz bestimmter Verlaufsrichtung, die Bolzung mit einem Tibiaspahn von dem gleichen Patienten ausgeführt. Die Erfolge sind für beide Methoden gute, eine Ueberlegenheit



der einen über die andere konnte Verf. nicht feststellen. Unter 16 Fällen sind 2 Misserfolge, von denen einer die Naht und einer die Bolzung betrifft. **Balsch**-Heidelberg.

24) **Creite** (Göttingen). Die operative Behandlung der Pseudarthrose nach Frakturen.

Deutsche Zeitschrift f. Chir. Bd. 101. 3—4. H. p. 267.

Bericht über 30 Fälle von Pseudarthrosen oder verzögerter Callusbildung aus der Göttinger Klinik. Auf Grund dieser seiner Erfahrungen empfiehlt Verf. das alte Dieffenbachsche Verfahren — Queres Eintreiben von 2 Elfenbeinstiften oberhalb und unterhalb der Frakturstelle. Von den 30 Fällen waren 15 nach dieser Methode behandelt und alle nach längerer oder kürzerer Zeit geheilt. Von 14 Fällen, in denen die Frakturenden reseziert und genäht wurden, wurden nur 11 geheilt und auch in diesen war der Verlauf häufig durch Eiterung etc. gestört. Besonders erwähnt sei hier noch, dass die mit Elfenbeinstiften behandelten Fälle alle den Unterschenkel betrafen. Neben dem Eintreiben der Stifte in die Tibia wurde auch auf möglichst exakte Adaptierung der Bruchflächen geachtet. Bei schrägem Verlauf wurden diese manchmal durch die queren Stifte wie durch Bolzen aneinander befestigt und in einer ganzen Reihe wurde noch die Fibula reseziert und genäht, (ob da die guten Resultate so sehr durch die Stifte verursacht wurden? Ref.) **Balsch**-Heidelberg.

25) **Bröcker.** Ein Fall von angeblich tabischer Spontanfraktur, kombiniert mit syphilitischer Gelenkerkrankung.

Diss. Greifswald, 1909.

Es handelte sich um einen 47 jährigen Arbeiter, der vor elf Jahren infolge eines Traumas eine Kniegelenkserkrankung bekommen und sich ein Jahr darauf beim Fall auf ebener Erde den linken Oberschenkel gebrochen hatte. 10 Jahre darauf zog er sich infolge eines ganz geringfügigen Traumas eine Malleolarfraktur zu. Er kam in die Greifswalder chirurgische Universitätsklinik zur Behandlung und Begutachtung, erkrankte dort nach einigen Tagen an schwerer Angina und verstarb bald darauf an nachfolgender Sepsis, so dass die Sektion vorgenommen werden konnte. Der Befund der makro- und mikroskopischen Untersuchung wird genau wiedergegeben, und auf Grund derselben glaubt B. mit Bestimmtheit annehmen zu müssen, dass keine tabetische Gelenkerkrankung vorlag, sondern eine reine syphilitische, wenn auch der Patient deutliche Zeichen einer bestehenden Tabes zeigte.



B. ist der Ansicht, dass die neuropathischen Knochen- und Gelenkerkrankungen, pathologisch-anatomisch scharf unterschieden von den durch Trauma oder Lues hervorgerufenen, die Folgen der teilweisen oder gänzlichen Degeneration der die betreffenden Teile versorgenden Nerven sind; und zwar kann der Krankheitsprozess sowohl im Zentralorgan, wie im peripherischen Nervenstamm einsetzen. Strahlige Narben und narbige Schrumpfung in den erkrankten Gelenken sind eindeutige, spezifische Symptome der Arthritis syphilitica. Für das Auftreten der Metaplasieen und Gelenkkörper ist das Trauma ein wichtiger ätiologischer Faktor.

Blencke-Magdeburg.

26) **Guedea.** Gangrena gaseosa aguda de origen traumático.

Rev. de Medic. y Cirug. pract. de Madrid. Nr. 1078 v. 14. 6. 09.

G. berichtet über 2 Fälle von gasförmiger akuter Gangrän nach schweren Verletzungen. In dem einen Falle handelte es sich um einen 45jähr. Mann, welcher von einem Trambahnwagen am linken Unterarm überfahren worden war. Das Emphysem entwickelte sich hier schon im Verlaufe der ersten 24 Stunden und ging bereits bis über den Schultergürtel hinaus. Es wurde sofort die Exartikulation in der Schulter gemacht, der Kranke genas. Im 2. Falle handelte es sich um einen 11jähr. Knaben, welcher von einer hohen Mauer heruntergefallen war und sich dabei ebenfalls den linken Unterarm gebrochen hatte. Die Fraktur war kompliziert. Auch hier entwickelte sich das Emphysem bereits am zweiten Tage. Es wurde die Amputation des Oberarms nahe dem Schultergelenk vorgenommen. Der Kranke kam mit dem Leben davon.

G. betont, dass es besonders wichtig sei, in derartigen Fällen die Amputationswunde nicht zu vernähen, sondern weit offen zu erhalten, da es sich offenbar um einen unter Abschluss der Luft sich vermehrenden Bazillus handle. **Stein**-Wiesbaden.

27) **R. Grashey** (München). Wie weit lassen sich Fehldiagnosen und Misserfolge bei Frakturen und Luxationen in der Praxis vermeiden?

Münch. med. Woch. 1909. 47.

G. bespricht die manchmal recht beträchtlichen Schwierigkeiten bei der Diagnose der Frakturen und der Luxationen, namentlich der Verrenkungsbrüche am Fuss und Schultergelenk. Um gröbere Missgriffe in Diagnose und Therapie zu vermeiden, rät er, Verletzungen in unmittelbarer Nähe des Gelenks in Narkose zu unter-



suchen und 2. bei den Repositionsmanövern grobe Exkursionen zu vermeiden und vor allem kräftige Extension und Gegenextension auszuüben. Bei Zweifeln ist immer eine Röntgenaufnahme angezeigt.

Ewald-Hamburg.

28) **Scarlini** (Siena). Dell'azione del siero mielotossico sulla riparazione delle fratture. (Archivio di ortopedia A. XXV. fasc. 5—6.)

Scarlini sucht durch Experimente zu kontrollieren, ob die zytotoxischen Sera eine wenn nicht rein spezifische, so doch tiefgehend störende Wirkung auf den Zellmetabolismus der Organe besitzen, und kommt zu dem negativen Schluss, dass er nach sorgfältigem und methodischem Studium der Frakturen, die unter vollkommen gleichen Verhältnissen einerseits bei mit myelotoxischem Serum behandelten Tieren und andererseits bei kontrollierten hervorgerufen wurden, in dem Gang des Heilungsprozesses keine derartigen unterschiedlichen Charaktere wahrgenommen, dass man dadurch zur Annahme eines aktiven und realen Eingreifens eines die knochenbildende Tätigkeit des Marks störenden Elementes in den Heilungsprozess selbst infolge der Einwirkung des myelotoxischen Serums berechtigt würde.

Buccheri-Palermo.

29) **Canal.** Influenza della paratiroide sul processo di ossificazione nelle fratture.

Gazz. degli ospedali e delle cliniche 1909, 5 agosto.

Die totale Parathyroidektomie bedingt eine Verzögerung in der Heilung der Frakturen, welche in der späten und schwierigen knöchernen Evolution des Knorpelkallus besteht. Nach den Versuchen des Verf. sollen die Glandulae parathyroideae einen Einfluss auf den Metabolismus des Calciums im Organismus und seine Verwertung seitens der Gewebe ausüben. **Buccheri-Palermo.**

30) **Th. Christen** (Bern). Frakturbehandlung nach Steinmann und nach Zuppinger.

Münch. med. Woch. 1909. 48.

Steinmanns Nagelextension und Zuppingers Extensionsbehandlung in Semiflexion leisten beide mehr als alle anderen Verfahren: Die Zahl der durch eine Fraktur der unteren Extremität dauernd Erwerbsunfähigen wird ganz bedeutend verringert, bei weitem mehr noch, als durch die Bardenheuersche Methode. Die Vorzüge beider Verfahren werden beschrieben, und namentlich wird auf den Vorteil der Zuppingerschen Semiflexions- (Entspannungs-) Lage



hingewiesen, bei der es nicht, wie bei Bardenheuer, zur Muskelüberdehnung und später dauernder Muskelschwäche kommen kann. Schliesslich werden die beiden Methoden gegeneinander abgewogen: Steinmann ist im Vorteil bei schweren Weichteilverletzungen, bei veralteten Frakturen, wo man grosse Züge braucht, bei mangelhafter Angriffsfläche (Malleolarfrakturen u. s. w.), wenn man ausgibige Gelenkexkursionen wünscht, zuletzt auch wegen seiner Einfachheit Zuppinger hat die physiologische Methode für sich, ein Vorteil, der nach Verf. alle anderen Methoden aufwiegt.

Ewald-Hamburg.

31) **Klapp** (Berlin). Die konservative Behandlung der chirurgischen Tuberkulose.

Deutsche med. Woch. 1909 N. 40. S. 1739.

K. betont, dass bei der konservativen Behandlung der Tuberkulose vor allem auch eine Besserung des Allgemeinzustandes zu erstreben sei durch gute Ernährung, Höhen- und Seeklima. Auch von der Schrotschen Kur sah Verf. bei fistelnder Tuberkulose gute Erfolge, doch ist diese Methode nur mit grosser Vorsicht und unter ständiger Ueberwachung anzuwenden. Bei der lokalen Behandlung wird auf Entlastung und Fixation grosser Wert gelegt, Jodoforminjektionen speziell bei Senkungsabszessen und besonders die Biersche Stauung finden ausgedehnte Anwendung (1—3 Stunden pro Tag). Geeignet für die konservative Behandlung sind jugendliche Patienten, bei denen die Erkrankung nur langsam fortschreitet und die sich guter Ernährungs- und allgemein günstiger hygienischer Verhältnisse erfreuen. Allgemeinerkrankungen (Amyloid, Nephritis, Tbc. anderer Organe) sind Contraindikationen. Die Prognose der konservativen Behandlung ist auch nach den einzelnen Gelenken verschieden; Handgelenk, Ellenbogen und Fussgelenk stehen am günstigsten da, das Kniegelenk am schlechtesten. Synovialerkrankungen neigen eher zur Heilung wie die ossalen Formen, die, solange noch kein Durchbruch ins Gelenk stattgefunden hat, wieder für die extrakapsuläre Operation sehr geeignet sind. Gute Erfolge sah K. auch von der Injektion 1%iger Trypsinlösung in tuberkulöse Abszesse, wodurch eine Peptonisierung des Inhalts und eine Resorption des Eiters herbeigeführt wird. Auch Einspritzungen von 60%igem Alkohol in die Umgebung des tuberkulösen Heerdes lieferte gute Resultate, indem durch die Wirkung des Alkohols eine Neubildung von Bindegewebe und eine Abkapselung der Erkrankung herbeigeführt wurde.

Ottendorff-Hamburg-Altona.



32) **Muñoz.** Reumatismo tuberculoso. (Rev. de Medic. y Cirug. pract. de Madrid. No. 1092 v. 28. 9. 09.)

Unter „tuberkulösem Rheumatismus“ versteht M. eine Erkrankung, welche bei uns in diesem Sinne und Zusammenhange wohl nirgends anerkannt wird. Es werden damit offenbar spezifisch rheumatische oder auch gichtische Erkrankungen an verschiedenen Gelenken des Körpers, besonders auch an den Händen und Fingern, bezeichnet, welche bei einem Individuum auftreten, das gleichzeitig oder vorher an einer tuberkulösen Erkrankung der Lungen oder anderer Organe gelitten hat. Dabei wird kein Wert darauf gelegt, dass der Tuberkelbazillus in den als „tuberkulös-rheumatisch“ bezeichneten Gelenken gefunden wird, oder dass dort solche pathologische Prozesse nachgewiesen werden, welche wir sonst mit der Tuberkulose als solcher in ursächlichen Zusammenhang zu bringen gewohnt sind. Trotzdem aber wird mit grosser Bestimmtheit ein Zusammenhang zwischen den beiden Erkrankungen von M. behauptet. Er stützt sich dabei auch noch auf französische Autoren, besonders auf Poncet. Eine ganze Reihe von näher mitgeteilten Fällen illustriert obige Anschauungen, welche anderweit wohl schwerlich auf Anerkennung rechnen dürften. **Stein**-Wiesbaden.

33) **Meyer** (Berlin). Ueber multiple kongenitale Gelenkdeformitäten. (Zeitschr. für orthop. Chirurg. XXII. Bd. 4. H. S. 563.)

Beschreibung eines Fötus, bei dem ausser Schlottergelenken der verschiedensten Gelenke vor allem eine Subluxation des l. Kniegelenks und eine Luxation des linksseitigen Radius nach vorn bestand. M. fasst mit Drehmann das Genu recurvatum als erste Stufe der Luxation oder Subluxation auf. Die Entstehung der Luxation hält er für bedingt durch die abnorme Schlaffheit des Bandapparates, die sich auch bei anderen Gelenken fand, in Verbindung mit mechanischen Momenten (Raumbeengung in utero). Die gleichen Ursachen glaubt Verf. auch für die Luxation des Radius annehmen zu können, doch hält er die meisten bisher beobachteten Fälle durch Wachstumsstörungen der Ulna oder exzessives Wachstum des Radius bei partiellem Riesenwuchs oder bei Exostosis cartilaginea multiplex bedingt.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

34) **Moritz Graf Vetter von der Lilie.** Zur Kasuistik der Luxationen. (Wien. klin. Woch. 1909. Nr. 45.)

Verf. beschreibt mehrere interessante Fälle von selteneren Luxationen mit einer kurzen Uebersicht über die bisher publizierten ähnlichen Fälle.



1. Isolierte Luxation des vierten Mittelhandknochens.

2. Zentrale Hüftluxation.

3. Luxation des Fusses nach hinten mit Bruch des Malleolus internus und der Fibula. Anschliessend eine Polemik gegen Wendel über die Nomenklatur dieser Verletzung. Spitzy-Graz.

35) **Müller** (Rostock). Ueber das Verhalten der Gelenke bei allgemeinen Oedemen und Gefässkompression. (Stauungsergüsse.)

Deutsche Zeitschr. für Chir. Bd. 100. p. 385.

Es gilt im allgemeinen als Regel, dass bei allgemeinen Oedemen der unteren Gliedmassen die Gelenkhöhlen ohne Erguss sind. Dass Ausnahmen von dieser Regel nicht so selten sind, konnte Verfasser bei Leichenuntersuchungen mehrfach finden (5 mal unter 27 Fällen). Völliges Fehlen von entzündlichen Veränderungen an der Synovialis sprechen gegen entzündlichen Ursprung dieser Ergüsse. Dazu kommen Beobachtungen von Gelenkergüssen bei lokal bedingter Stauung (Thrombose), die ebenfalls nur gezwungen als entzündliche gedeutet werden können. Analysen der Flüssigkeiten ergaben kein sicheres Resultat. Verf. empfiehlt weiteres Studium dieser Frage.

Baisch-Heidelberg.

36) **F. E. Peckham** (Providence). The treatment of some tyepes of rheumatoid arthritis.

Amer. jour. of orth. surg. 1909. 4.

Die Arthritis villosa und die atrophische Form der Arthritis hat P. durch Heissluftbäder und durch allgemeine und lokale Vibration günstig beeinflusst. Da in einigen Fällen keine Besserung eintrat, wandte er hier den elektrischen Strom, sowie den elektrischen Funken und „Büschelentlader“ an, manchmal — wie die mitgeteilten Fälle beweisen, — mit überraschendem Erfolg. Schlägt auch dies fehl, so bleibt bei der Zottenarthritis nur die Excision der Zotten übrig.

Bezüglich der atrophischen Arthritis, die zur Knorpelatrophie und Ankylose führen kann, und zwar in vielen Gelenken, betont P. besonders den Wert der Allgemeinbehandlung. Er hat die Arthritis bei Lebererkrankungen, Darmindigestionen, Magenleiden und Stoffwechselkrankheiten auftreten sehen. Hier wäre es ein Fehler, nur die Gelenke zu behandeln. Das elektrische Licht-Vollbad, die Vibration des ganzen Körpers, die elektrische Behandlung beeinflussen die Grundkrankheit und die Gelenkentzündungen. — Auch diätetische Massnahmen sind wichtig. Ewald-Hamburg.



37) **E. Lexer** (Königsberg). Ueber Gelenktransplantation.

Arch. f. kl. Chir. 90. Bd. 2. H. p. 263.

Es sind L's Erfahrungen, die er im Laufe des Jahres seit seinem 1. Vortrag über dieses Thema auf dem Chirurgenkongress 1908, gesammelt hat. Er hat sie in 7 kurze Leitsätze zusammengefasst.

1. Die künftige Naht soll nirgends über die verpflanzten Teile hinwegziehen, daher sind grosse Lappenschnitte nötig.

2. Der Gelenkdefekt soll nicht unter Blutleere präpariert werden, um jede geringste Blutansammlung nach der Operation zu vermeiden. Die Knochenenden im Defekt sollen senkrecht zur Längsachse angefrischt, nicht eingekeilt werden. Von Gelenkhaut und Sehnenansätzen sind die gesunden Reste nach Möglichkeit zu schonen und später wieder zu befestigen.

3. Als Transplantationsmaterial eignen sich Gelenke von Gliedern, die wegen Verletzungen oder angiosklerot. Nekrose amputiert wurden. Alle Gelenke, mit denen Krankheitskeime übertragen werden könnten, sowie solche mit starker Knorpelveränderung müssen ausscheiden. Frisches Leichenmaterial ist praktisch kaum verwertbar.

4. Das zu verpflanzende Gelenk ist sorgfältigst zu präparieren. Bänder, Sehnenansätze, Muskeln, Fett sind zu enfernen. Am Knie können die Ligg. cruciata gelassen werden. Die Gelenkkapsel wird im allgemeinen nicht übertragen, da sich die Uebertragungsversuche nicht bewährt haben, ebensowenig Versuche sekundärer Kapselbildung (Hydrocelenhaut, Bauchfell). Doch ist diese Frage noch nicht abgeschlossen.

5. Für die spätere Funktion des transplantierten Gelenkes sind meist Muskelplastiken nötig, die jedoch wegen der meist vorhandenen Atrophie der Muskeln grosse Schwierigkeiten machen können.

6. Zur Befestigung der Gelenkteile sind Fremdkörper (Nägel, Draht, Elfenbeinstifte) zu vermeiden. Halbe Gelenkteile können eingekeilt oder durch frischen Knochenbolzen gebolzt werden. Ganze Gelenke werden am besten unter Zug am peripheren Ende der Extremität eingelegt und dann durch die Spannung der Weichteile gehalten.

7. Die Nachbehandlung geschieht nach den allgemeinen üblichen Grundsätzen.

Der Erfolg ist in dem ältesten Fall ganzer Transplantation



$1^1/_2$ Jahre ein vorzüglicher. In einem Fall halber Gelenktransplantation mit ebenfalls vorzüglicher Einheilung wurde wegen schwerer Neurose später exarticuliert. **Baisch**-Heidelberg.

38) **Rochard** et **Champtassin.** Traitement des atrophies musculaires par la méthode des résistances progressives. (Die Behandlung von Muskelatrophien mit progressiver Widerstandsgymnastik.) (Revue de chirurg. Bd. 39. S. 97.)

Nach der Ansicht der Verf. ist eine Erhöhung der Leistungsfähigkeit der Muskeln durch Entstehung neuer Muskelprimitivfasern nicht möglich, sondern nur durch Vergrösserung des Querschnitts der vorhandenen Fasern. Deshalb hat auch das Bestreben, durch Massage und Elektrisieren die Blutzufuhr und damit die Ernährung des Muskels zu heben, keinen Zweck zur Erhöhung der Muskelkraft. Es kann dies nur durch methodisches Training der Muskeln durch aktive Uebungen erzielt werden. Die Verf. halten häufig wiederholte Bewegungen mit geringem Kraftaufwand für nutzlos zur Erreichung der Muskelkräftigung, sondern erzielen nach ihrer Angabe die besten Erfolge durch Gymnastik mit starken Widerständen (Gewichten), die dann fortschreitend noch weiter vermehrt werden können. Auch bei frischen Ergüssen (Hydarthros und Hämarthros) sowie bei frischen gonnorrhoischen Entzündungen sollen die Erfolge dieser Bewegungstherapie in Verbindung mit häufigeren Punktionen hervorragende sein. Die Verf. sind geneigt das Chronischwerden des Gelenkergusses als Folge der Muskelerschlaffung, wodurch dem Gelenk der nötige Zusammenhalt fehlt, anzusehen.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

39) **Gardner** (New-York). Rétraction des muscles après ischémie par compression (Maladie de Volkmann-Lesser). Gazette des hôpitaux 1909. Nr. 80 u. 83.

Die Muskelretraktion hat ihre Ursache in einer Ischämie, die wiederum durch einen zu engen Verband hervorgerufen ist. Alle übrigen Fälle bieten wohl anatomisch und klinisch ähnliche Bilder, sind aber streng genommen keine Volkmann'sche Deformität. (Embolie, Thrombose, Kompression, Ruptur der Arteria brachialis, Kontusion, Eiterung, Erfrierung des Vorderarmes.) Die Krankheit kommt fast nur bei Kindern vor, ihr Grund ist Unachtsamkeit der Aerzte. Unter 91 Fällen fanden sich 39 mal Vorderarm-, 40 mal Ellenbogenfrakturen, 2 mal Ellenbogenluxationen. Schienenverbände scheinen gefährlicher zu sein als Gypsverbände (54 Fälle).



Bei der path. anat. Untersuchung findet man alle Stadien der Muskeldegeneration bis zum fibrösen Ersatz. Sekundär können auch die Gefässe und Nerven affiziert sein. — Tierversuche haben noch zu keinem einwandfreien Resultat geführt. Ausser der Zirkulationsbehinderung scheint noch ein unbekanntes Moment hinzukommen zu müssen, um zur Muskelretraktion zu führen.

Bezüglich der Behandlung ist die Bemerkung selbstverständlich, dass bei Schmerzen, Oedem, Cyanose der peripheren Gliedabschnitte der Verband sofort zu entfernen ist. — Bei ausgebildeter Retraktion ist ein gewaltsames Redressement der Finger und der Hand (Volkmann) zu verwerfen. Das allmähliche Redressement (Hildebrand, Niessen, Sayre, Jones) führt zu recht guten Resultaten, dauert aber oft ein Jahr lang und mehr.

Bei Beteiligung der Nerven muss man operativ vorgehen, d. h. diese freilegen (Drehmann), und zwar zunächst von allen Eingriffen. Erst dann kommen Sehnenverlängerung oder Kontinuitätsresektion der Vorderarmknochen in Betracht. Erstere wurde 24 mal ausgeführt mit 2 mässigen, 13 guten und 4 sehr guten Resultaten. Die Knochenresektion ist in 15 Fällen angewandt worden; Resultat: 2 Pseudarthrosen, 1 mässige, 1 beträchtliche Besserung, 4 volle Erfolge. In England macht man die Sehnenoperation, in Deutschland beides, in Amerika neigt man mehr zur Knochenoperation und zur Nervenfreilegung. Drehmann und Bradford haben einmal unter dem degenerierten Flexor dig. superf. einen guten Flexor dig. prof. gefunden und letzteren auf den anderen überpflanzt. — Eine Nachbehandlung ist wichtig. **Ewald**-Hamburg.

40) **Ch. F. Painter** und **J. D. Clarke** (Boston). Myositis ossificans.

Amer. journ. of orth. surg. 1909. Mai.

Es gibt eine idiopathische und traumatische M. o. Die erstere ist diffus, progressiv; ihre Aetiologie kennt man nicht. Sie ist schon sehr früh, am 4. Lebenstage, beobachtet worden, meist sah man die ersten Erscheinungen im 2.—5. Jahr auftreten. Bisher sind in der Weltliteratur 62 Fälle beschrieben worden. Es soll sich um angeborene Anomalien der Muskelorganisation handeln. Die Ossifikation beginnt am Ursprung und Ansatz der Muskelgruppen und breitet sich oberflächlich aus. Im Zentrum des Muskelbauches können lange Jahre normale Muskelfasern bleiben. Stoffwechselversuche führten zu keinem positiven Resultat. Zuerst erkranken die Nacken- und Rückenmuskeln (Scaleni, rhomboidei, erector



trunci); daraus resultieren dann rein mechanisch Haltungsanomalien wie Torticollis, Skoliose, später Flexionen und Rotationen der Extremitäten. Der Tod tritt gewöhnlich infolge Bronchopneumonie oder Phthisis ein. Jede Therapie erscheint bis jetzt machtlos gewesen zu sein, auch die Operation: nach 10—12 jähriger Krankheitsdauer sterben die Pat. gewöhnlich an einer Lungenaffektion. Der mitgeteilte Fall betrifft einen 25 j. Mann, dessen Krankheit schon 19 Jahre dauert. Am ganzen Körper incl. Arm und Bein sitzen die Verknöcherungen und haben mehr oder weniger hochgradige Deformitäten, Kontrakturen, ja Ankylosen herbeigeführt. An einem Schulter- und Hüftgelenk wurden die Knochentumoren operativ entfernt, bildeten sich aber in kurzer Zeit wieder. Zitronenkur hatte gar keinen, Thiosinamininjektionen nur ganz vorübergehenden Erfolg. Die Krankheit hatte in $^1/_2$ Jahre, wo nun Röntgenbilder angefertigt wurden, zugenommen.

Im 2. Fall handelt es sich um einen 38 j. Arbeiter, der vor 4 Monaten eine Verletzung der Achillessehne erlitten katte. Mächtige Myositis ossificans, die vom Ansatz der Sehne bis Handbreit zum Unterschenkel hinaufreicht. Excision. Auch im 3. Fall hat sich, hier ohne erkennbare Ursache, eine Verkalkung einer Achillessehne bei einem 51 j. Verkäufer innerhalb 5 Jahren gebildet. Da er keine Beschwerden hatte, wurde abgewartet.

Bei der traumatischen Myositis ossificans ist die Kalkablagerung auf die verletzte Partie begrenzt (Reit-, Tanzknochen; M. o. nach Frakturen und namentlich nach Dislokationen). Sie vollzieht sich in ein bis 3 oder 4 Monaten, manchmal auch erst in Jahren. Es ist bekannt, dass meist an eine periostale Entstehung der Knochenbildung gedacht wird. Diese Theorie passt aber nicht für alle Fälle, so hat die Kalkablagerung in Fall 3 keine Verbindung mit irgend einem Knochen. Hierfür scheint die Theorie Reicherts eine Erklärung zu geben, wonach alle Bindegewebszellen unter dem Einfluss eines Traumas usw. fähig werden, einander zu ersetzen; wir hätten also bei der M. o. ausser der Proliferation eine Metaplasie. So hat man in einer Operationsnarbe des Abdomens Knochen und Knorpel beobachtet. Auch Jones hat in einem Fall wahre Ossifikation, aber kein Periost gefunden, dieselbe Beobachtung machten die Autoren im Fall 2.

Im Falle von Dislokationen bei Frakturen kann die Myositis ossificans einfach als exzessive Kallusbildung aufgefasst werden. Doch würde sich dieser resorbieren, während die M. o. fortschreitet.

Bezüglich der Behandlung ist zu sagen, dass manchmal



Resorption der Kalkmassen beobachtet worden ist, scheinbar unter Bildung eines Abszesses, der aber hauptsächlich Phosphate und Karbonate enthielt. Bei grossen Funktionsstörungen muss die verkalkte Partie möglichst entfernt werden. **Ewald**-Hamburg.

41) **Bardenheuer.** Myotomie und Myoraphie.
D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 100. p. 63.

B. gibt eine Uebersicht über das Indikationsgebiet der von ihm neu eingeführten Operationsmethoden der Myotomie und Myoraphie. Die quere Myotomie der Flexoren des Vorderarmes wird bei den ischämischen Muskelkontrakturen event. in Verbindung mit Kürzung der Extensoren ausgeführt. Ferner wandte B. die Myotomie bei alten und frischen Sehnenverletzungen an, wenn die Naht starker Spannung ausgesetzt war. Das dritte Anwendungsgebiet der Myotomie sind die zerebralen spast. Hemiplegien. Die spastisch stärker kontrahierten Muskeln (meist die vom N. medianus versorgten Flexoren) werden durchtrennt, die schwächeren Muskeln (Radialisgruppe) werden verkürzt. Bei ausgedehnten Resektionen der Gelenke bes. d. Schultergelenkes sollen gleichzeitig die Muskeln ausgedehnt reseziert werden, um die Resektionsflächen in innigeren Kontakt zu bringen und Taschenbildung zu verhüten.

Balsch-Heidelberg.

42) **Lenzi e Abetti** (Florenz). Contributo allo studio dei tumori a mieloplassi delle guaine tendinee.
La Clinica chirurgica 1909 Nr. 9.

Verff. besprechen in der vorliegenden Arbeit 7 Fälle von jenen Tumoren der Sehnenscheiden, welche von Malherbe und Heurtaux „Myelomes“ genannt wurden. Diese Tumoren, die histologisch mit gewissen Sarkomen Aehnlichkeit haben (so dass sie bis zum Jahre 1891 mit diesen zusammengeworfen wurden), unterscheiden sich klinisch von denselben durch ihren Charakter absoluter Benignität. Als strukturelle Hauptcharakteristik zeigen sie Anwesenheit von Myeloplaxenriesenzellen und grossen ein- oder zweikernigen Zellen (sog. myeloide Zellen) und sind gebildet durch ein reifes Bindegewebe und Gefässe mit sklerosierten Wänden.

Im zweiten Teil der Arbeit werden vom allgemeinen Gesichtspunkt die pathologische Anatomie, die Aetiologie und die klinischen Charaktere, die diese Geschwülste bieten, behandelt und die verschiedenen Theorien, die über ihre Entstehung aufgestellt worden sind, mit Einschluss derjenigen von Bellamy, der diese Tumoren als Endotheliome betrachtet, finden Erörterung. Die wahr-

scheinlichste von diesen Anschauungen dürfte nach den Verff. diejenige sein, welche die Myeloplaxen als das Produkt der Verschmelzung mehrerer myeloider Zellen oder der Vermehrung der Kerne dieser Zellen ohne nachfolgende Teilung des Zellleibes betrachtet. Die Myeloide sodann sollen sich durch Umwandlung der Zellen jenes Bindegewebes der synovialen Sehnenscheiden mit parallelen Bündeln bilden, welches dem Sehnengewebe analog ist.

Buccheri-Palermo.

43) **P. H. Römer** (Marburg). Untersuchungen zur Aetiologie der epidemischen Kinderlähmung. (Münch. med. Woch. 1909. 49.)

Bakteriologische Versuche, den Mikroorganismus der Kinderlähmung darzustellen, misslangen. Auch blieben Kaninchen, Mäuse und Meerschweinchen nach intrazerebraler Impfung mit Pons- und Rückenmarksemulsion eines an Poliomyelitis gestorbenen Patienten gesund, während ein Affe 8 Tage nach intrazerebraler Impfung an typischer Lähmung verendete. Pathologisch-anatomisch (mikroskopisch) derselbe Befund wie beim Menschen. — Eine weitere intrazerebrale Impfung von der Emulsion des Gehirns und Rückenmarks vom Affen auf Kaninchen führte zu keinem Resultat, dagegen starb ein zweiter Affe wiederum 11 Tage nach der Operation an einer typischen Poliomyelitis. Die Verändungen im Gehirn und Rückenmark müssen also durch ein belebtes Virus, nicht etwa durch ein unbelebtes Gift erzeugt werden. **Ewald**-Hamburg.

44) **W. Knöpfelmacher** (Wien). Experimentelle Uebertragung der Poliomyelitis anterior acuta auf Affen. (Mediz. Klin. 1909. 44.)

Nach den Feststellungen Wickmanns ist die Poliomyelitis und alle mit ihr zusammenhängenden entzündlichen Erkrankungen des gesamten Nervensystems eine kontagiöse Krankheit. Der Erreger ist noch nicht festgestellt, Kulturversuche waren negativ, ebenso Tierexperimente. Landsteiner und Popper injicierten verriebene Rückenmarkssubstanz eines an Poliomyelitis gestorbenen Kindes Mäusen, Kaninchen, Meerschweinchen und Affen intraperitoneal. Beide Affen erkrankten fieberhaft, starben und zeigten typische Poliomyelitis ant. Den Versuch am Affen wiederholte K.: 8 Tage nach der intraperitonealen Injektion Fieber, 3 Tage später werden die linksseitigen Extremitäten schwer bewegt, noch 1 Tag später Lähmung des linken Hinterbeines, weiter auch des rechten Beines; getötet. — Eine Injektion vom Rückenmark dieses Affen auf einen



anderen hatte keinen Erfolg. — Die histologische Untersuchung des Rückenmarks ergibt diffuse, am stärksten in den Vorderhörnern ausgeprägte Entzündung. **Ewald**-Hamburg.

45) **Landsteiner** (Wien). Bemerkungen zu der Mitteilung von P. Krause und E. Meinicke. Zur Aetiologie der akuten epidemischen Kinderlähmung.

Deutsche med. Woch. 1909. N. 45. S. 1975.

L. weist darauf hin, dass es ihm bereits vor Krause und Meinicke gelungen sei, durch intraperitoneale Verimpfung von Rückenmark eines akuten Poliomyelitisfalles bei zwei Affen das charakteristische Symptomenbild und den typischen pathologisch-anatomischen Befund der Poliomyelitis hervorzurufen.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

46) **Vieten.** Die akute spinale Kinderlähmung als epidemisch Infektionskrankheit. (Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung. 1909. 20.)

Den unmittelbaren Anlass zu diesem Aufsatz gab die gegenwärtige Epidemie der Poliomyelitis anterior acuta in Westfalen, in dem der Verf. in gedrängter Kürze eine Darstellung dieser Erkrankung gibt, ohne etwas Neues zu bringen. **Blencke**-Magdeburg.

47) **G. Hohmann** (München). Zur Behandlung des Frühstadiums der Poliomyelitis ant. acuta. (Münch. med. Woch. 1909. 49.)

Um der im Vordergrunde der Erscheinungen stehenden Schmerzhaftigkeit im Rücken bei frisch an Poliomyelitis Erkrankten vorzubeugen, hat Lange in 2 Fällen ein Gipskorsett ganz wie bei der Spondylitis angelegt und damit die Wirbelsäule und das Rückenmark ruhig gestellt. Es ist möglich, dass dadurch auch der Krankheitsprozess günstig beeinflusst wird. **Ewald**-Hamburg.

48) **Aug. Wilson** und **Ch. H. Muschlitz** (Philadelphia). The painful feet of Raynaud's disease.

Amer. journ. of orth. surg. 1909. 4.

Nach Bericht über einen Fall von Raynaudscher Krankheit (Ischämie, Cyanose, Gangrän an den Extremitäten, namentlich Fingern und Zehen) gelangen die Verf. zu folgenden Schlüssen: Die Symptome treten gewöhnlich doppelseitig auf und zwar meist bei Frauen von 28—35 Jahren. Wird die Krankheit bei Kindern beobachtet, so ist Lues zu vermuten. Manchmal kommt sie mit



dem Gelenkrheumatismus zusammen vor. Die Kranken sollen nur in mittlerer Temperatur leben und nicht zu viel stehende Arbeit verrichten. Kalt baden ist verboten. Orthopädische Stiefel und wollene Strümpfe sind zweckmässig, nicht dagegen Einlagen. Jeglicher operative Eingriff ist kontraindiciert. **Ewald**-Hamburg.

49) **González.** Curación rápida de las neuralgias por las inyecciones de oxigeno. (Rev. de Medic. y Cirug. pract. de Madrid. No. 1097 v. 7. 11. 09.)

G. hat die Methode der Sauerstoffeinblasung für verschiedene Erkrankungen erfolgreich angewandt. Er berichtet über 5 schwere Fälle von Ischias, über 2 Fälle von Intercostalneuralgieen und über einen Fall von rheumatischer Arthritis. Die Einblasungen wurden mit einem feinen Troikart gemacht, welcher seitliche Oeffnungen hatte. G. glaubt, dass es sich nicht um eine chemische, sondern um eine rein mechanische Wirkung des Sauerstoffs handelt.

Stein-Wiesbaden.

50) **Kron** (Berlin). Peripherische Nerven und Unfall.
Deutsche med. Wochenschr. 1909. Nr. 22. S. 969.

Nervenlähmungen können nicht nur durch direkte Verletzungen (Frakturen, Verwundungen etc.) zustande kommen, sondern auch durch indirekte Gewalt. So z. B. beobachtete K. partielle Plexuslähmungen dadurch, dass die Wurzeln bei stark eleviertem Arm zwischen erster Rippe und Clavicula gequetscht wurden. Auch kann ein Nerv durch starke Muskelkontraktionen gegen einen Knochenvorsprung gequetscht und dadurch geschädigt werden. Neuritis ascendens wird selten beobachtet, am ersten noch von einer nicht aseptischen Wunde ausgehend. Bei frischen Verletzungen muss sorgsam auf Störungen der Motilität und Sensibilität geachtet werden. Bei Lähmung einzelner Muskeln ist sehr oft ein ziemlich weitreichender Ersatz durch die Mitarbeit benachbarter Muskeln zu beobachten. Organische Nervenverletzungen sind im grossen und ganzen von hysterischen Lähmungen und von simulierten zu unterscheiden. Die Differentialdiagnose zwischen den beiden letzteren ist dagegen manchmal schwierig. Bei Durchtrennung des Nerven ist eine sofortige Wiedervereinigung angezeigt, bei subkutanen Verletzungen stellt sich die Funktion vielfach auch nach längerer Zeit noch wieder her. Bei Kompression durch Narben, Callus etc. wird eine operative Freilegung zu empfehlen sein.

Ottendorff-Hamburg-Altona.



51) **Alfred Fuchs.** Ueber den klinischen Nachweis kongenitaler Defektsbildungen in den unteren Rückenmarksabschnitten. (Myelodysplasie.) (Wien. med. Woch. Nr. 37.)

Fuchs ermittelte einen Zusammenhang zwischen zahlreichen nervösen Störungen sowie Bildungsanomalien mit angeborenen Defektbildungen im unteren Rückenmarksabschnitt. Die Arbeit ist speziell für den Orthopäden von Interesse. **Spitzy**-Graz.

52) **Hindenberg.** Kombination von Faradisation oder Galvanisation mit Vibrationsmassage. (Münch. med. Woch. 1909. 49.)

Die Ansatzteile des bekannten Vibrationsapparates „Venivici" richtete H. als Elektroden ein, so dass er die Vibration mit dem Elektrisieren verbinden kann. Das Verfahren soll „besonders bei traumatischen Lähmungen peripherer Nerven von ungeheurem Nutzen" sein. **Ewald**-Hamburg.

53) **Pescatore** (Ems). Einige Atemübungen. (Deutsche mediz. Woch. 1909. Nr. 40. S. 1754.)

P. empfiehlt Atemübungen nach den Schwingungen eines Pendels vorzunehmen zur genauen Regulierung der Zeit der Ein- und Ausatmung. Eine möglichste Entleerung der Residualluft wird erreicht, wenn der Patient sich im Sitzen aus der etwas rückwärts geneigten Stellung bis zum spitzen Winkel im Hüftgelenk nach vorn beugt. Speziell werden die Atemmuskeln geübt und eine Erweiterung des Thorax erzielt, wenn die Einatmung durch eine auf die Nase aufgesetzte Klemme erschwert wird, während die Ausatmung frei durch den Mund erfolgt. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

54) **N. Allison** (St. Louis). Description of apparatus for the application of plaster-of-Paris bandages.
Americ. journ. of orth. surg. 1909. 4.

Beschreibung eines Lagerungsapparates zur Anlegung von Gipsverbänden für Rumpf und untere Extremitäten. Er ist eine Kombination von Goldthwaitschem Rahmen und Beckenstütze. **Ewald**-Hamburg.

55) **Chlumsky** (Krakau). Eine neue einfache Bandage zur Behandlung der beweglichen Niere. (Zeitschr. für orthopäd. Chirurg. XXIII. Bd. 1.—2. H. S. 219.)

Ch. beschreibt eine Bandage zur Behandlung der Wanderniere bestehend in einem gepolsterten Stahlband (Bruchbandfeder), das sich



um das Becken herumlegt, und von dem nach oben zu eine kurze Stahlfeder mit halbmondförmiger Pelotte abgeht, welche sich gegen die Niere legt. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

56) **Orestano.** Cura chirurgica della paralisi faciale. Anastomosi facio-ipoglossica.

Adunanza dei Sanitari Ospedalieri di Palermo. 5 sett. 1909.

Redn. teilt den Fall eines 22 jährigen Individuums mit, welcher infolge eines ausgedehnten Kariesprozesses des Mastoid eine Läsion des rechten Facialisstammes im Canalis petrosus mit konsekutiver Lähmung der entsprechenden Gesichtshälfte erfuhr. Als nach Heilung von dem otitischen Eingriff die Gesichtslähmung nach 6 Monaten fortdauerte und die degenerative Reaktion des oberen und unteren Fazialis der rechten Seite festgestellt war, wurde die chirurgische Behandlung der Paralyse durch die Anastomose des peripheren Stammes des Fazialis mit dem zentralen Stumpf des Hypoglossus derselben Seite beschlossen. Der Operationsakt wurde ohne erhebliche Schwierigkeiten ausgeführt und erforderte 1 Stunde. Der Hypoglossus wurde ganz durchschnitten und, um eine genügende Länge für die Anastomose zu haben, nahe dem Abgang der absteigenden Schleife gespalten. Die Nervennaht geschah mit Seide. Der postoperative Verlauf war ein vorzüglicher. Sofort traten Störungen im Schlingen durch die Lähmung der rechten Zungenhälfte ein, deren Atrophie auch eine rasche war. Doch hörten diese Störungen nach ca. 5 Tagen auf. Der Pat. wird 22 Tage nach der Operation vorgestellt und zeigt bereits eine bedeutende Besserung des Trophismus und des Tonus der rechten Gesichtshälfte; auch das Kauen ist besser geworden, insofern jetzt der Bissen von der rechten Backe auf die linke befördert werden kann. Redn. behält sich eine ausführliche Mitteilung des Falles nach der vollständigen Rückkehr der Funktion im Gebiet des Facialis dext. vor.

Buccheri-Palermo.

57) **Purpura** (Rom). Sull'intervento chirurgico nella paralisi del faciale. (Gazzetta medica italiana 1909. Nr. 35. 36. und 37.)

Verf. schliesst:

1. Nach der vollständigen Durchschneidung des äusseren Astes des Spinalis zur Kreuzung desselben mit dem Fazialis bekommt man keine schweren Uebelstände, da nur die Atrophie des M. sternocleido-mastoideus und des Trapezmuskels auftritt. (!)

2. Ca. 40 Tage nach der Kreuzung des Spinalis mit dem Fazialis hat



bei der Pat. des Verf. als erste Erscheinung die Korrektion der Gesichtsasymmetrie eingesetzt, welche seitdem langsam fortschreitet.

3. Auf Grund der gegenwärtigen Kenntnisse sind für die operative Behandlung der Fazialislähmung die Anastomosen mit Knopflöchern wobei sich nur eine geringe Anzahl von Nervenfasern beteiligen, nicht zu empfehlen.

Wahrscheinlich sind den partiellen Anastomosen des Fazialis mit dem äusseren Ast des Spinalis und mit dem Hypoglossus die Kreuzung Spinalis-Fazialis und die Kreuzung Hypoglossus-Fazialis vorzuziehen. Die Kreuzung Spinalis-Fazialis scheint ihrerseits vor der Kreuzung Hypoglossus-Fazialis den Vorzug zu verdienen. In dieser Hinsicht werden weitere Beobachtungen zu einem bestimmten Resultat führen können.

4. Die Kreuzung der Nerven ist mit besonderen Modalitäten vorzunehmen, um so gut als möglich das Gelingen des Eingriffes zu gewährleisten.

Buccheri-Palermo.

58) **M. Böhm** (Berlin). Beitrag zur Aetiologie des angeborenen Schiefhalses.

Berl. klin. Woch. 1909. 32.

Es sind beim angeborenen Schiefhals manchmal die Muskeln unverändert, so dass die Deformität eine andere Ursache haben muss. Diese Ursache hat B. in einer Knochenveränderung des Atlas und des „Occipitalwirbels" (Partie des Occiput, die um das Foramen magnum gruppiert ist) gefunden und stellt das Krankheitsbild des Torticollis cong. osseus auf. An Abbildungen werden cervico-occipitale Uebergangswirbel gezeigt, die durch Assimilation des Atlas zu den Occipitalwirbel entstanden sind. B. unterscheidet verschiedene Grade der Atlasassimilation, je nachdem weniger oder mehr Teile des Knochens mit dem Occiput verschmolzen sind und mehr oder weniger regressive Veränderungen sichtbar sind. Treten nun diese Prozesse der Verschmelzung und Auflösung asymmetrisch auf, so muss eine Schrägstellung des Schädels resultieren. — Es gibt noch andere Anomalien der obersten Halswirbelsäule, die auch einen Tortikollis erzeugen können, Verschmelzungen einer Hälfte der Wirbelbögen, Verschmelzung dreier Halswirbel und asymmetrische Resorption. Auch klinisch konnte B. durch Röntgenbilder den ossären Schiefhals sicherstellen (Atlas-Ankylose, Verschmelzung des 2. und 3. Halswirbels, Verschmelzung der drei obersten Halswirbel).

Ewald-Hamburg.

59) **v. Frisch** (Wien). Zur Frage der Therapie des angeborenen Schiefhalses. (Zeitschr. für orthop. Chirurg. XXII. Bd. 4. H. S. 589.)

Verf. hat von den 23 Tortikollisfällen, die in der v. Eiselsbergschen Klinik zur Operation kamen, 18 nachuntersuchen können. Es haben danach die operativen Verfahren das beste Resultat ergeben. v. F. rühmt besonders die Erfolge der Operation nach Föderl, welcher in der Weise vorgeht, dass er die klavikulare Portion des Kopfnickers an ihrem Ansatzpunkt abtrennt und bis zu ihrer Vereinigung mit dem sternalen Teil frei präpariert. Der letztere wird an dieser Stelle durchtrennt und die beiden Muskelenden nach Korrektur der Kopfstellung mit einander vereinigt. Nach v. F.s Erfahrungen ergibt diese Methode sowohl funktionell wie auch kosmetisch die besten Dauerresultate. Von 10 Nachuntersuchten die nach Föderl operiert waren, war nur einer in ganz geringem Masse rückfällig geworden, da s. Z. eine Infektion des Bluteigusses eingetreten war.

Otendorff-Hamburg-Altona.

60) **Buccheri.** Sovra due casi die Spina Bifida.

Adunanza dei Sanitari Ospedalieri di Palermo. 6 giugno 1909.

Redner stellt zwei kleine Mädchen vor, die eine kongenitale Anschwellung in der Lumbosakralgegend haben.

Aus dem Sitz des Tumors, der Anwesenheit von funktionellen Störungen im unteren Teil des Körpers, dem Fehlen einer weiten Wirbelöffnung, den äusseren Eigenschaften des Tumors kommt Redn. zu dem Schluss, dass die Varietät dieser Sp. B. diejenige ist, welche klinisch unter dem Namen Myelocystocele geht.

Buccheri-Palermo.

61) **Tumminia.** Un caso di spondilosi rizomelica o malattia di Pierre Marie.

L'Ospedale di Palermo 1909. fasc. III.

Der Fall betrifft einen 42 jährigen Tagelöhner. In der Kindheit machte Patient Masern, Diphtherie, später kroupöse Pneumonie und eine afebrile Myalgie an den Oberschenkeln durch. Mit zweiundzwanzig Jahren Erysipel etc., keine Tuberkulose, Gonorrhoe, Syphilis, Gicht. Die jetzige Krankheit begann vor 4 Jahren und befiel nach und nach den ganzen Körper mit Ausnahme der Schultern, der Oberextremitäten und der Füsse. Verf. glaubt, dass die Aetiologie in der mit den früheren Infektionen verknüpften allgemeinen Intoxikation zu suchen sei. **Buccheri**-Palermo.



62) **Giordano** (Turin). Radiografia di un caso di spondilite rizomelica. (Policlinico Sez. prat. 1909. fasc. 47.)

Der Fall des Verf. betrifft einen 36 Jahre alten Weber. Nach der ausgeführten Röntgenographie und wegen des Fehlens jeder Aetiologie kann der Fall absolut nicht auf eine chronische Arthritisform zurückgeführt werden. Er bestätigt daher, was Marie, Lery und Bechterew über das Vorkommen dieses Krankheitsbildes behauptet hatten, nämlich dass die Spondylosis rhizomelica eine kompensatorische Ankylose der bestehenden Rarefaktionen d. h. einen Heilungsprozess darstellt, infolgedessen sie als ein besonderer, von den sonstigen Wirbelankylosen und namentlich von dem Gelenkrheumatismus abweichender Prozess, d. h. als eine primäre Ostitis rarefaciens mit sekundärer kompensatorischer Verknöcherung betrachtet werden muss. Die Zukunft wird zeigen, ob diese Form in verschiedene Abarten zerlegt werden kann oder nicht.

Buccheri-Palermo.

63) **Gaugele** (Zwickau). Zur Behandlung spondylitischer Lähmungen.

Arch. f. kl. Chir. 90. Bd. 4. H. p. 899.

Verf. tritt auf Grund eigener zahlreicher guter Erfahrungen für das modifizierte Calotsche Verfahren des Redressements bei Spondylitis namentlich bei Lähmungen ein. Er gibt einen sehr einfachen Apparat an, der an jeden Rahmentisch angeschraubt und mit dem auch der Druck auf den Buckel genau dosiert werden kann. G. führt das Redressement in Horizontallage aus. Die beigefügten 10 Fälle von Spondylitis mit Parese oder vollkommener Lähmung zeigen überraschend gute Resultate, und da G. unter 140 ausgeführten Redressements nur 1 mal eine vorübergehende Schwäche der Beine beobachtete, kann von einer Gefährlichkeit seiner Methode nicht gesprochen werden. Verf. stellt seine Erfolge in Gegensatz zu den bei der Laminektomie oft ausbleibenden Erfolgen.

Balsch-Heidelberg.

64) **P. Ewald** (Hambnrg). The mechanics of lateral curvature.

Amer. jour. of orth. surg. 1909. 4.

E. wendet sich — bei aller Anerkennung der mechanischen und klinischen Skoliosenuntersuchungen — gegen die einseitige Bevorzugung des peripheren Zugs für die Entstehung der Skoliose, wie ihn H. O. Feiss hervorzuheben und zu begründen versucht hat (s. Zentralbl. 1907 und 1908). Es spielen sicher ausser den pelvi-thorakalen Muskeln noch die Wirbelsäulenmuskeln eine ent-



scheidende Rolle. Ferner lässt sich der Versuch an Modellen nicht ohne weiteres auf den Menschen übertragen. Die Schlussfolge: asymetrischer Muskelzug am Thorax — Rippenverkrümmung, Wirbelsäulenverbiegung und-torsion — ist nicht absolut zwingend, plausibler erscheint eine umgekehrte Reihenfolge. Die eigentliche Aetiologie — für uns das wertvollste — ist noch nicht gefunden, das Entstehen der Skoliose dagegen, d. h. das mechanische Zustandekommen — hat mannigfache Förderung erfahren. Nur das können wir wohl mit Sicherheit annehmen, dass für die grosse Mehrzahl der Skoliosen Knochenprozesse irgend welcher Art primär zu einer Erweichung der Wirbel führen; unsere Aufgabe ist es, diese Knochenprozesse und die Möglichkeit ihres Zustandekommens zu erkennen und zu verhindern. **Ewald**-Hamburg.

65) **Hugo Sellheim**. Rotation und Torsion der Wirbelsäule als Reaktion auf Verbiegung. (Wien. med. Woch. 1909. Nr. 48.)

Eine äusserst lichtvolle Darstellung des Zusammenhanges zwischen Biegung und Rotation an einem Stabe von ungleichmässiger Biegsamkeit, wie die Wirbelsäule einen darstellt.

„Wird ein drehbar gelagerter und ungleichmässig biegsamer Stab verbogen, so dreht er sich mit seinem Biegungsfazillimum in die Verbiegungsrichtung.“

„Dieser Satz gilt sowohl für die Mechanik der Skoliose als auch für die Mechanik der Geburt.“ **Spitzy**-Graz.

66) **E. Kirmisson** (Paris). Rapport à M. le directeur général de l' assistance publique, sur le fonctionnement du service orthopédique établi à Hendaye, pendant l'année 1907—08. Revue d'orth. 1909. 5.

Beschreibung des Skolioseninstituts in Hendaye, wo dauernd 50 Kinder der ärmeren Bevölkerung von Paris unter hygienisch günstigen Bedingungen behandelt werden. Die Besserung der Skoliosen macht überraschend gute Fortschritte (von 44 Kindern waren 10 geheilt, 30 gebessert, 4 nicht gebessert). Bei allen war nicht nur der Allgemeinzustand ein ausgezeichneter, sondern auch der Brustumfang hatte sich auch beträchtlich vermehrt, Wirbelsäulenverkrümmungen von 6—8 mm., ja von 20 mm. waren völlig korrigiert. Die Behandlung dauert ca. 4—12 Monate. **Ewald**-Hamburg.

67) **R. R. Fitsch** (Rochester, N.-Y.) Mechanical lesions of the sacroiliac joints. (American Journal oforthopaedic.surg. 1909. 4.)

Meist werden die Schmerzen in der Gegend der Sakro-iliacal-



gelenke als Lumbago oder als Ischias diagnostiziert und behandelt. Oft liegt aber eine direkte Gelenkläsion vor, sei es infolge Fall, Partus, schweren Hebens oder Distorsion oder infolge Neigung des Kreuzbeins nach langem Liegen, wo auch die Lumbalwirbelsäule in Mitleidenschaft gezogen ist. Lokaler Druckschmerz und Steigerung der Schmerzen bei Beugung des im Knie gestreckten Beines in der Hüfte sichern die Diagnose. Bei der Behandlung kommt es darauf an, der Lumbalwirbelsäule ihre normale Krümmung wiederzugeben und das Ileosakralgelenk durch einen fixierenden Verband, Gips oder ein festes Gewebe, der mindestens bis zu den Trochanteren reicht, festzustellen. In vielen Fällen werden daduch die Rücken- und die ischiadischen Schmerzen beseitigt. **Ewald**-Hamburg.

68) **Bardenheuer.** Beitrag zur Frage der operativen Behandlung der subkutanen akut-traumatischen kompleten Lähmungen der unteren Wurzeln des Plexus cervicalis. Arch. f. klin. Chir. 89. Bd. 4. H. p. 1040.

Subkutane akut-traumatische komplete Lähmungen des Plexus cervicalis können beruhen auf: 1. Zerreissung oder Ausreissung der Nervenfibrillen aus dem Rückenmark. 2. Durchquetschung der Nerven. 3. Starker Quetschung des Nervenbettes (Markscheide, bindegewebiges Gerüst) mit Zerreissung von Blut- und Lymphbahnen. 4. Leichtere Quetschung von Fibrillen und Markscheiden allein. Die letzten Fälle bieten günstige Prognose auch ohne operative Therapie. Gruppe 1 und 2 sind selten und erfordern unbedingt operativen Eingriff. Gruppe 1 die Implantation eines Drittels des benachbarten Nervenstammes in den gelähmten; Gruppe 2 die Nervennaht. Auf die 3. Gruppe aufmerksam zu machen, ist Hauptzweck dieser Arbeit. Die Lähmung kommt zustande durch Kompression der entzündlichen Infiltration und spätere Narbenschrumpfung des lädierten Nervenbettes. In 2 Fällen des Verf. waren die Nerven in ein traumat. Aneurysma der Art. brachialis eingebrochen. In diesen Fällen sollen möglichst frühzeitig die Nerven freigelegt und das paraneurale Gewebe exzidiert event. der Nerv mit Muskel unterpolstert werden. Je frühzeitiger operiert wird, umso besser sind die Heilungsaussichten, wie 2 von B. operierte Fälle (nach 24 Stunden, und nach 14 Tagen) die vollkommen in Heilung übergingen, zeigen. **Balsch**-Heidelberg.

69) **Siegfried Peltesohn.** Zur Kasuistik der Schlüsselbeinpseudarthrosen. (Mit 2 Abbd.) (Charité-Annalen XXXIII. Jahrg.)

20 jährige Patientin mit ungewöhnlicher Pseudarthrose des Schlüssel-



beins — Artikulation der beiden Fragmente durch einen vom akromialen Ende ausgehenden Knochenfortsatz. Die Pseudarthrose entstand nach Spontanfraktur intra partum. Gute Prognose bei Resektion mit anschliessender Knochennaht, besonders auch in kosmetischer Beziehung.

Natzler-Heidelberg.

70) **Heinecke** (Berlin). Ueber kongenitalen Schlüsselbeindefekt. (Zeitschr. für orthop. Chirurg, XXI. Bd. 4. H. S. 553.)

Besonders hervorzuheben ist in der obigen Veröffentlichung das häufige Vorkommen der Deformität in derselben Familie. Es fand sich unter zwölf Familienmitgliedern der Defekt 7 mal. Auch die charakteristische Schädelbildung (Vortreten der Stirn und Scheitelbeinhöcker) war in allen Fällen vorhanden. Verf. glaubt die Deformität nur mit der Annahme eines Vitium primae formationis erklären zu können, spez. die amniogene Entstehung lehnt er ab. Eine funktionelle Störung bestand bei H.s Patienten nicht, dagegen liess sich bei einzelnen eine abnorme Beweglichkeit der Schultern feststellen.

Ottendorff- Hamburg-Altona.

71) **Heinecke** (Berlin). Nachtrag zu meiner Arbeit: "Ueber kongenitalen Schlüsselbeindefekt." (Zeitschr. für orthop. Chirurg. XXIII. Bd. 1.—2. H. S. 267.)

H. führt nachträglich noch eine von Klar über das gleiche Thema in dieser Zeitschrift veröffentlichte Arbeit an, wodurch sich die Gesamtzahl der bisher veröffentlichten Fälle auf 46 stellt.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

72) **Couteaud**. Traitement des fractures de la clavicule par la position. (Behandlung der Claviculafraktur durch entsprechende Lagerung.)

Revue de chir. Bd. 40. S. 571.

C. empfiehlt eine sehr einfache Methode zur Behandlung der Claviculafraktur. Sie besteht darin, dass der Pat. in Rückenlage am Rande des Bettes liegt und der Arm senkrecht in voller Länge aus dem Bett heraushängt. Nach 24 Stunden kann der Arm im Ellenbogengelenk gebeugt und der Unterarm durch ein Kissen etc. gestützt werden. Diese Lage soll 2—3 Wochen eingehalten werden. Das eintretende Oedem des Armes lässt sich durch Einwicklung der Extremität in Schranken halten. Verf. rühmt nach seinen und anderer Chirurgen Erfahrung dieser Behandlungsmethode sehr gute Erfolge in Bezug auf Funktion und in ästhetischer Beziehung nach.

Ottendorff-Hamburg-Altona.



73) **J. E. Goldthwait** (Boston), **an anatomic and mechanical Study of the shoulder-joint, explaining many of the cases of painful shoulder, many of the recurrent dislocations and many of the cases of brachial neuralgias or neuritis.**

Americ. journ. of orth. surg. 1909. 4.

G. unterscheidet 3 Gruppen von Schultererkrankungen:

1. Schmerzen im vorderen Teil des Gelenks, Rotationsbehinderung. Die Schmerzen werden bei der Arbeit schlimmer, oft liegt ein Trauma, manchmal Rheumatismus als Ursache zu Grunde. Behandlung: Ruhe, Massage, Heissluft. Besserung gewöhnlich in einigen Tagen, manchmal aber auch erst nach vielen Wochen.

Eine viel kleinere Gruppe zeigt als Hauptsymptom eine Schwäche im Schultergelenk, mit habitueller Dislokation des Kopfes. Die Schmerzen sind ziemlich erheblich, die Therapie ist oft machtlos.

3. Es werden in den Arm ausstrahlende Schmerzen angegeben die oft einem Nervengebiet (am häufigsten dem nerv. ulnaris) folgen. Bei gewissen Armhaltungen verstärken sich die Schmerzen.

Unter Berücksichtigung der Anatomie des Schultergelenks wird verglichen die Skapula in straffer, an den Thorax angelegter Stellung, mit dem flügelförmigen Abstehen des Schulterblatts beim runden Rücken, wobei besonders das Verhältnis des proc. coracoideus zum Humeruskopf berücksichtigt wird.

Man erkennt, dass bei schlaff herabhängender Skapula die Beweglichkeit des Arms zwar um 50—60° zunimmt, dafür aber an Stabilität verliert. — Bei den anatomischen Studien ist G. auch die variable Form und Verlaufsrichtung des processus coracoideus und Akromion aufgefallen, woraus in jedem Falle eine vermehrte oder verminderte Beweglichkeit des Arms im Schultergelenk resultieren muss. (Ist z. B. der proc. coracoideus lang und nach unten gerichtet, so wird die Bewegung des Arms nach vorn behindert sein.)

Unter diesen eigentümlichen Verhältnissen ist schon bei geringen Traumen eine Verletzung des Schultergelenks möglich. Akromion und proc. coracoideus sind also bei allen Veränderungen des Schultergelenks zu beachten. — Ferner aber auch die bursa subacromialis und subcoracoidea, deren Entzündungen oft mit Gelenkerkrankungen verwechselt werden. (Lokalisation der Schmerzen, Bewegungsbehinderung ganz bestimmter Natur!) Schwerer werden die Erscheinungen, wenn sich in den Schleimbeuteln Adhäsionen gebildet haben, die beschränkten Bewegungen werden dann zu unmög-



lichen. — Manchmal breiten sich die Schmerzen nach Art einer Neuritis über den ganzen Arm aus. Namentlich durch Lageveränderung des Humeruskopfes (in der Nacht!) kann es zu grossen Beschwerden kommen. — Die Brachialneuralgie ist keine eigentliche Neuritis, sondern kommt durch Druck des Humeruskopfes auf einen Teil des Armplexus zustande. Charakteristisch und erklärend ist immer die nach vorn fallende Schulter, wobei der Kopf schliesslich auf die zweite Rippe zu liegen kommt, auf der auch der Plexus, speziell der Ulnaris liegt. — So sind auch einzelne Fälle von Schreibkrampf zu erklären!

Behandlung: zunächst Beseitigung der nach vorn hängenden Schulter und damit Aufheben jedes unzweckmässigen Drucks auf Schleimbeutel oder Nerven; dann Manipulationen des Arms in Narkose, Bewegungen nach vorn, nach der Seite, zuletzt nach oben, Rotation nach innen und aussen. (Vorsicht! — denn bei Adhäsionen der Bursa ist es infolge brüsker Bewegungen schon zu Humerusfrakturen gekommen.) Nachdem die volle Beweglichkeit erreicht ist, soll die Skapula mittels Heftpflasterstreifen in der richtigen Lage gehalten werden. Dann Heissluftbad und nach einigen Tagen Gebrauch des Arms, immer mit richtig fixierter Skapula.)

Ist die Form des proc. coracoideus ein Ausgangspunkt andauernder Beschwerden, so sollte die Spitze des Fortsatzes operativ entfernt werden. — Auch bei habituellen Luxationen und Brachialneuralgien leistet die Fixation der Skapula meistens gute Dienste.

Ewald-Hamburg.

74) **M. Bernhardt** (Berlin). Ueber einige ätiologisch interessante Fälle von Schulterarmlähmung nebst Bemerkungen zur Pathologie der Halsrippen.

Berlin. klin. Woch. 1909, 31.

1. Arbeiter kann seinen Arm nicht heben. Lähmung der unteren und mittleren Abschnitte des rechten Trapezius und des Serratus. 4 Monate vorher hatte der Mann eine Hüftgelenksoperation überstanden, dabei viel Blut verloren und lange gefiebert. B. führt die Lähmung des Nerv. thoracicus longus und einiger Aeste des Accessorius darauf zurück. Therapie ohne Erfolg.

2. Serratuslähmung nach Clavikularbruch; Kontusion des Nerv. thoracicus longus. Therapie erzielte befriedigendes Resultat.

3. Eine 32 jährige Frau verspürte seit ca. 1 Jahre Paraesthesien und Schwächezustände im rechten Arm, die immer mehr

13*



zunahmen. Eine rechtseitige Cervicalrippe wurde operativ entfernt, ohne viel Besserung zu bringen. Es bestand die sogenannte Duchenne-Erbsche Lähmung mit Beteiligung der Schultergrätenmuskeln. (Lähmung des Deltoideus, der Beuger des Unterarms [biceps, brachialis int., coracobrachialis], des supinator longus).

Dass Halsrippen lange Jahre keine Erscheinungen zu machen brauchen, ist bekannt, ebenso dass ein kleiner Unfall oder Ueberanstrengung Beschwerden auslösen können. So können sich auch Jahre lang nach einer Entzündung oder Verletzung des Ellenbogengelenks Lähmungserscheinungen im Ulnarisgebiet einstellen. — Gewöhnlich liegt bei der Halsrippe keine Lähmung, sondern nur eine Schwäche der Armmuskeln vor, und fast immer werden die kleinen Handmuskeln als gelähmt geschildert. Die Operation der Halsrippe scheint oft das Leiden nur zu verschlimmern und sollte nur bei aussergewöhnlich starken Schmerzen im Arm vorgenommen werden.

Ewald-Hamburg.

75) **A. Hofmann** (Offenburg). Rhombus und automatisch wirkende Extensionsschiene zur Behandlung von Oberarm- und Schultergürtelbrüchen.

Münch. med. Woch. 1909. 46.

Das Extensionsverfahren, das Zuppinger für die untere Extremität ausgebildet hat, wird bekanntlich durch 3 Punkte charakterisiert: 1. Semiflexion der Gelenke, 2. Bewegungsfähigkeit der Gelenke, 3. Umsetzung der Eigenschwere des zu extendierenden Gliedes in Extensionszug.

Die H.'schen Apparate wirken nach Art des Middeldorpfschen Triangels und stellen eine Verbindung von Drahtschienen und elastischen Zügen dar. Eine nähere Beschreibung kann im Referat nicht gegeben werden. **Ewald-Hamburg.**

76) **Ledderhose** (Strassburg). Zur Frage der Ruptur des Biceps brachii.

D. Zeitschr. f. Chir. 101. Bd. 1.—2. H. p, 126.

Auf Grund seiner Erfahrungen und der von ihm beobachteten Fälle ist Verf. geneigt, das Vorkommen der indirekten traumatischen Bicepsruptur sehr zu bezweifeln. In der überwiegenden Mehrzahl handelt es sich um Fälle mit krankhafter Veränderung an der Bicepssehne (z. B. bei Arthritis deformans). Es handelt sich also auch nicht um eine Ruptur an der Muskelsehnengrenze des oberen Bauches, sondern um ein Abgleiten der veränderten Sehne. Direkte



Zerreissungen des muskulären Bicepsteiles sind wiederholt beobachtet worden, dagegen sind die als Muskelhernien beschriebenen Veränderungen fast stets die oben beschriebene Dislokation des äusseren Bicepsbauches. Die Luxation des äusseren Bicepsbauches nach abwärts kommt ebenfalls meist als Folge von chron. Gelenkveränderungen spontan zustande. **Balsch**-Heidelberg.

77) **Carrasco.** Tumor maligno del hombro-amputación inter-Escapulo-toracica. (Rev. de Medic. y Cirug. pract. de Madrid. No. 1099 v. 21. 11. 09.)

Mitteilung eines Falles von Sarkom des Oberarms bei einem 14jährigen Mädchen. Es wurde erfolgreich die Wegnahme des ganzen Schultergürtels vorgenommen. C. macht diese grosse Operation mit Unterbindung der grossen Gefässe in der Achselhöhle. **Stein**-Wiesbaden.

78) **Dollinger.** Die operative Einrenkung veralteter Ellbogenverrenkungen.

D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 100. p. 38.

Auf Grund von 34 Fällen veralteter Ellbogenluxationen fasst Dollinger seine Erfahrungen folgendermassen zusammen. Die unblutige Reposition in Narkose ist nur bei Fällen bis zu 3 Wochen zu versuchen. In älteren Fällen sind solche anatom. Veränderungen vorhanden, dass eine unblutige Reposition unmöglich. Die blutige Reposition unter Erhaltung der Seitenbänder ist nur in wenigen Fällen möglich und nicht zu forzieren, da sonst Quetschungen der erweichten Gelenkenden zu Schädigungen für die spätere Funktion führen könnten. Daher verfährt D. jetzt meist so: Schnitt auf der Aussenseite des Gelenkes zwischen lateral. Tricepskopf und Brachioradialis. Aeusseres Seitenband wird abgemeisselt, Vorderarm wird eingeknickt und an die innere Seite des Oberarmes gelegt, sodass die Gelenkenden inspiziert werden können. Ist die Veränderung derselben derart, dass eine physiologische Funktion ausgeschlossen scheint, wird reseziert, sonst die Reposition durch Hebelung des Vorderarmes über den Innenrand der Trochlea humeri bewirkt. Das Seitenband wird wieder angenäht. Die funktionellen Resultate, die D. mit dieser Methode der blutigen Reposition erzielte, übertrafen bedeutend diejenigen, die er bei der Resektion erzielen konnte. Er wendet daher letztere nur mehr in den obengenannten Ausnahmefällen an. **Balsch**-Heidelberg.



79) **Nehrkorn** (Elberfeld). Zur operativen Behandlung der ischämischen Vorderarmkontraktur.

Zeitschr. f. orthop. Chir. XXIII. Bd. 1—2. H. S. 214.

N's Pat. hatte 20 Jahre vorher im 4. Lebensjahre eine ischämische Lähmung der Vorderarmmuskulatur erlitten, die zu einer sehr erheblichen Beugekontraktur im Handgelenk geführt hatte. In zwei Sitzungen mussten die Handbeugemuskeln plastisch verlängert werden und in einer dritten wurden Teile des Radius und der Ulna reseziert, um die zum Teil auch durch Deformierung der peripheren Abschnitte der Unterarmknochen bedingte Kontraktur völlig zu korrigieren. Die Hand, die vorher trotz der enormen Verbildung ziemlich geschickt gewesen war, wurde durch Uebungen, Massage, Bier'sche Stauung, die auch im Intervall zwischen den einzelnen Operationen angewandt wurden, zu einem vollkommen brauchbaren Gliede. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

80) **Maffi.** Contributo allo studio delle resezioni osteoplastiche delle ossa dell'avambraccio.

Rivista veneta. 31 luglio 1909.

Verf. berichtet über die sogenannte osteoplastische Resektion des Vorderarmes. Die Methode bietet gegenüber den anderen den Vorteil, dass sie dem Chirurgen eine ausgedehntere Resektion erlaubt, welche nach oben bis an die Hauptmuskelinsertionen gehen kann. Die Hand auf der Seite der Resektion erfährt keine Deviation oder nur in sehr geringem Grad, da die Handwurzel einen kräftigen Stützpunkt findet, der hinreichend die resezierte Portion ersetzt. Das Funktionsvermögen der Hand wird nicht allzu sehr verändert, sondern nur in seiner Potentialität herabgesetzt. Da der interepiphysäre Knorpel des in situ gelassenen Knochens erhalten bleibt so tritt bei den jugendlichen Operierten keinerlei Hemmung in dem Wachstum desselben ein. **Buccheri**-Palermo.

81) **Lieblein** (Prag). Zur Kasuistik und Aetiologie der angeborenen Verwachsung der Vorderarmknochen in ihrem proximalen Abschnitte. (Zeitschr. f. orthop. Chir. XXIV. Bd. 1—2 Heft. S. 52.)

L. beschreibt einen der ziemlich seltenen Fälle von Supinationsbehinderung infolge Verwachsung der beiden Unterarmknochen in ihrem proximalen Abschnitt. Verf. glaubt als Erklärung eine Störung der Osteogenese annehmen zu müssen, die zu einer Verwachsung der beiden Knochen mit einander geführt hat. Da dabei



nur die Ulna mit dem Humerus in Kontakt blieb, so erfolgte eine Ausbildung des Gelenks nur zwischen diesen beiden, während das Humeroradialgelenk unausgebildet blieb. Warum diese Störung eintritt, ist nicht zu sagen, doch lässt das hereditäre Vorkommen darauf schliessen, dass die Ursache im Fötus selbst gelegen ist, dass es sich um einen Keimfehler handelt. Entstehung durch mechanische Einflüsse (Druck des Amnions) glaubt Verf. auschliessen zu müssen wegen der oft beobachteten Symmetrie und weil die Wirkung eines Druckes auf die im Uterus wenig exponierten Arme kaum anzunehmen ist. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

82) **Granier** (Frankfurt a. d. Oder). Ueber typische Brüche von Handwurzelknochen. (Deutsche med. Woch. 1909 Nr. 21. S. 928.)

Eine Teilung des Navikulare kann unter Umständen auch angeboren vorkommen, in den allermeisten Fällen von Zweiteilung hat man es jedoch mit Residuen einer Fraktur zu tun. Es sind diese Brüche keineswegs so selten, als früher angenommen wurde, weniger häufig kommen die Frakturen des Lunatum vor. und die Brüche anderer Handwurzelknochen werden nur ganz ausnahmsweise beobachtet. Die Navikularfraktur kommt als Rissbruch, Kompressions- und Biegungsbruch vor. Die Diagnose lässt sich aus der Verdickung und Schmerzhaftigkeit der Kahnbeingegend und der Behinderung der Radialabduktion und Dorsalflexion bereits mit grosser Wahrscheinlichkeit stellen, doch ist zur sicheren Diagnose eine Röntgenaufnahme unbedingt erforderlich, und zwar in Ulnarabduktion der Hand, da sonst die Bruchenden sich über einander schieben. 6 Krankengeschichten illustrieren die Verhältnisse näher. Die sehr viel selteneren Lunatumbrüche entstehen durch Kompression. Klinisch ist Verdickung und Schmerzhaftigkeit an der Stelle des Mondbeins zu konstatieren, auch ist die Volarflexion stets eingeschränkt. Röntgenaufnahme ist auch hierbei sehr am Platze. Die Prognose derartiger Verletzungen ist im grossen und ganzen wegen häufig eintretender Arthritis nicht sehr günstig. Bei frischen Navikularfrakturen ist eine Fixation des Handgelenks auf 14 Tage in Volarflexion und Radialabduktion zu empfehlen, da in dieser Stellung am ersten auf Konsolidation der Bruchstücke zu rechnen ist. Danach Bewegungen und Massage. Für sofortige Massage oder operative Entfernung der Fragmente kann sich Verf. nicht erwärmen. Auch Lunatumbrüche sind, besonders wenn schon



längere Zeit verflossen ist, nicht für die Exstirpation des gebrochenen Knochens geeignet. Frühzeitige Massage, Bäder und Heissluftbehandlung sind am ersten zu empfehlen.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

83) **Lange.** Beiträge zu den Verletzungen der Handwurzelknochen. (Diss. Jena. 1909.)

L. bringt in der vorliegenden Arbeit eine ausführliche Zusammenstellung des in der Literatur beschriebenen, zugänglichen, diesbezüglichen Materials, das zur Kenntnis der seltenen Verletzungen der Handwurzelknochen beitragen soll, und fügt dieser die in der chirurgischen Poliklinik zu Jena beobachteten Fälle an. Es handelte sich um eine Kompressionsfraktur des os lunatum mit Dislokation nach der dorsalen palmaren Seite in fünf Fällen und in einem weiteren Fall um eine Fraktur des os naviculare mit Luxation des os lunatum.

Blencke-Magdeburg.

84) **R. Leriche** (Lyon). Sur un cas de maladie de Madelung bilatérale.

Revue d'orth. 1909. 6.

Madelung's Deformität hat verschiedene Ursachen, am häufigsten dürfte es sich um eine entzündliche Erweichung der Vorderarmknochen oder der Gelenkbänder handeln. Unter den Krankheiten, die zur Erweichung führen, ist vor allem die Tuberkulose zu nennen. In dem mitgeteilten Fall eines 15 jährigen Hutmacherlehrlings, der die Deformität beiderseits aufwies, zeigte das Röntgenbild Verschwundensein der medialen Hälfte der Epiphysenlinie, ferner eine leichte Inkurvation des Radius. Mit Poncet müsste man an eine vorzeitige Ossifikation an der medialen Hälfte der Epiphysenlinie denken, veranlasst durch eine unbekannte Infektion, wie es auch bei Läsionen infolge entzündlicher Tuberkulose der Fall ist. (Und das doppelseitig und symmetrisch? Ref.)

Ewald-Hamburg.

85) **Hilgenreiner** (Prag). Zwei Fälle von angeborener Fingergelenksankylose, zugleich ein Beitrag zur Kenntnis der seltenen Spaltbildungen der Hand.

Zeitschr. f. orthop. Chir. XXIV Bd. 1—2 Heft. S. 23.

Schilderung zweier Fälle von Ankylose des 1. Interphalangealgelenks des 5. Fingers bei Mutter und Kind, wozu bei der Mutter noch eine Spaltbildung zwischen 4. und 5. Finger hinzukam. Verf. unterscheidet nach seinen Fällen und den aus der Literatur gesammelten 1) solche, die durch mechanische Einflüsse entstanden sind,



wie sich durch andere zugleich vorkommende Missbildungen verrät und 2) solche, bei denen die Verbildung durch Aenderung der Entwicklungstendenz des Fötus bedingt ist. Von letzteren ist wieder ein Teil als regressive Veränderung aufzufassen, da sich die Verschmelzung vorzugsweise zwischen Mittel- und Endglied abspielt und meistens den kleinen Finger betrifft (nach Analogie der kleinen Zehe), eventuell radialwärts auch andere Finger mit einbegreift. In einer zweiten Kategorie tritt die Ankylosenbildung in überzähligen Gelenken auf, und es liegt dem eine progressive Entwicklungstendenz zu Grunde. Bei einer dritten Reihe von Fällen, wozu auch die des Verf. gehören, tritt die Ankylose im proximalen Interphalangealgelenk auf, teils in allen Fingern, teils in den ulnaren, ganz selten in den radialen Fingern. Gerade diese Fälle zeichnen sich durch ein äusserst zahlreiches Vorkommen innerhalb der betroffenen Familie aus. Eine weitere Gruppe bilden noch die Ankylosen im Metacarpophalangealgelenk und die letzte Abteilung die angeborenen Kontrakturen, die nicht zur Ankylose geworden sind. Letztere stehen im allgemeinen in Beugekontraktur, während die Ankylosen eine Streckstellung aufweisen. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

86) **Sainz.** La flexion dorsal de los dedos (signo de Masini) en el nino. (Rev. de Medic. y Cirug. pract. de Madrid. No. 1099. v. 21. 11. 09.)

S. hat an einem grossen Material von Kindern Untersuchungen über das sogenannte Masini'sche Zeichen vorgenommen. Dieses besteht bekanntlich darin, dass eine abnorme Flexionsfähigkeit der Finger im Sinne der Dorsalflexion als ein Degenerationszeichen aufgefasst wird. Es soll sich besonders fast bei allen Epileptikern finden. S. hat nun festgestellt, dass bei der Untersuchung von 87 Kindern im Alter zwischen 1 und 8 Jahren sich dieses Zeichen bei nicht weniger als 65 Kindern in mehr oder minder grosser Deutlichkeit nachweisen liess. In den meisten Fällen war das Zeichen doppelseitig, in einigen aber einseitig und betraf dann meistenteils die linke Hand. S. warnt daher davor, das Masini'sche Zeichen zu sehr zu verallgemeinern, und weist darauf hin, dass es jedenfalls erst nach Abschluss des Wachstums mit Sicherheit zu verwenden sei. **Stein**-Wiesbaden.

87) **Schloffer** (Innsbruck). Ruptur und Luxation der Streckaponeurose eines Fingers.
Archiv f. klin. Chirurgie. Bd. 90, 3. H. p. 543.

An die Beobachtung eines Falles von Ruptur der Streck-



aponeurose an der Mittelphalanx und Luxation der seitlichen Portionen volarwärts schliesst Verfasser genaue Studien über die Wirkungsweise der verschiedenen Portionen der Streckaponeurose und über das Zustandekommen der verschiedenen beobachteten Verletzungsarten. **Balsch**-Heidelberg.

88) **Al. Heschelin** und **E. Schapiro** (Odessa). Ueber zentrale Hüftgelenksluxation. (Berl. klin. Woch. 1909. 35.)

Eine 46 j. Frau war vor 22 Jahren in eine Grube gefallen, hatte danach 2 Wochen lang im Bett gelegen und musste seitdem hinken, da das linke Bein kürzer war. Erst in der letzten Zeit hat sie Beschwerden bekommen.

Verkürzung des linken Beins von 5 cm; Atrophie der Oberschenkelmuskulatur. Ueber der Mitte des linken Leistenbandes ist der Femurkopf zu fühlen, der alle Bewegungen des Beines mitmacht und bei Flexion verschwindet. Auch per vaginam fühlt man den Kopf. Das Röntgenbild zeigt, dass der Femurkopf durch das Acetabulum in das kleine Becken eingetreten ist. — 70% der Fälle von zentraler Luxation enden letal, in den übrigen 30% ist therapeutisch nicht viel zu erreichen, Bewegungsbeschränkung, Schwäche, Schmerzen in der Gegend des Nerv. femoralis, ischiadicus oder obturatorius werden mehr oder weniger immer vorhanden sein.

Ewald-Hamburg.

89) **Frangenheim** (Königsberg). Zur Pathologie der Osteoarthritis deformans juvenilis des Hüftgelenkes, über Coxa vara und traumatische Epiphysenlösung am oberen Femurende.

Bruns Btrg. z. kl. Chir. 65. Bd. 1. H. p. 19.

Es gibt, wie einige wenige Fälle in der Litteratur und 2 von Verf. in der Königsberger Klinik beobachtete Fälle beweisen, eine juvenile Form der Arthritis deform. im Hüftgelenk, sowohl nach Trauma wie ohne bekannte Ursache entstehend. Nach mikroskopischen Untersuchungen seiner Fälle ist Verf. geneigt die Knorpelfuge der Epiphysenlinie als Ausgangspunkt des Krankheitsbildes anzusehen. Der Schenkelkopf kann dabei wesentlich verkleinert, abgeschliffen sein = atrophische Form, ebenso aber auch stark vergrössert = hypertrophische Form.

Bezüglich der Aetiologie der Coxa vara adolescent. bekennt sich Verf. als Gegner der traumatischen Erklärung. Ein einwandfreier Fall von Coxa vara adolesc. ergab bei der mikroskopischen



Untersuchung Veränderungen an der Epiphysenlinie, weswegen Verf. hierin die primären Ursachen der Verbiegung sucht, ebenso auch für die Fälle von teilweiser oder vollständiger spontaner Epiphysenlösung. Echte traumatische Epiphysenlösungen bei gesunden jungen Menschen sind äusserst selten **Balsch**-Heidelberg.

90) **Savini-Castano** (Berlin). Ueber Veränderungen der Beckenpfanne bei Coxa vara infantum in Röntgenbildern. (Zeitschr. für orthop. Chirurg. XXIII. Bd. 1.—2. H. S. 158.)

Die Untersuchungen ergaben leichte Asymetrien des Beckens bei einseitigem Vorhandensein des Leidens. Bei der angeborenen Coxa vara war die Pfanne fast regelmässig flacher und steiler, bei der rachitischen Form fand sich diese Veränderung sehr viel seltner. Eine Verdickung des Y-förmigen Knorpels war nur bei der angeborenen Verbiegung des Schenkelhalses festzustellen und fehlte völlig bei rachitischen Kindern. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

91) **Imminger.** Zwei Fälle von Schenkelhalsfraktur im Kindesalter.
Diss. München 1909.

I. geht zunächst unter Berücksichtigung der vorhandenen einschlägigen Literatur etwas allgemeiner auf die Schenkelhalsbrüche im Kindesalter näher ein, um dann die Krankengeschichten zweier Fälle von Schenkelhalsfraktur bei Kindern aus der Münchener chirurgischen Klinik folgen zu lassen. In dem ersten Falle handelte es sich um einen 3¾ Jahre alten Knaben. Es wurde ein nach oben ziehender Extensionsverband bei rechtwinklig gebeugtem Knie angelegt. Die spätere Nachuntersuchung ergab, dass der Junge, ohne zu hinken, gehen konnte; die Beweglichkeit war vollkommen frei; es bestand keine Massdifferenz. — Im zweiten Falle handelte es sich um einen vierjährigen Jungen. Es wurde ein Extensionsverband bei gestreckter Stellung des Beines angelegt. Auch hier blieb das Hüftgelenk intakt; der Schenkelhalswinkel erschien um ca. 15° kleiner als auf der anderen Seite. **Blencke**-Magdeburg.

92) **Borchard** (Posen). Die operative Behandlung der Schenkelhalsbrüche besonders im jugendlichen Alter.
Deutsche Zeitschr. für Chir. Bd. 100. p. 275.

Das funktionelle Resultat der Schenkelhalsbrüche ist noch sehr verbesserungsbedürftig. Verfs. Bemühungen auf diesem Gebiet ergaben folgende Erfahrungsgrundsätze: Bei der Fraktura subcapitalis kommt es wegen der schlechten Ernährung des Kopfes selten zur



knöchernen Heilung. Konservative Behandlung, sowie Naht des Kapselrisses, Knochennaht oder Nagelung bleiben ohne Erfolg, daher ist die primäre Exzision des abgebrochenen Kopfes Methode der Wahl. Ebenso gibt die Exzision des zentralen Bruchstückes bei Pseudarthrosen das beste funktionelle Resultat, besser als die Resektion.

Bei der Fraktura intertrochanterica oder solchen, die sich ihr nähern, kann Knochen- und Kapselnaht günstigere Heilungsverhältnisse schaffen und ist bei Zweifeln an dem Erfolg der konservativen Behandlung indiziert. Bei schlecht geheilten Schenkelhalsfrakturen ist die Keilosteotomie mit vorderer oberer Basis an der Bruchstelle indiziert. Der Hütersche Resektionsschnitt schafft dafür die übersichtlichsten Verhältnisse. **Balsch**-Heidelberg.

93) **Ortali** (Ravenna). Igroma della borsa trocanterica profonda.

Revista medica. Milano 1909. Nr. 9.

Das Hygrom der Bursa trochanterica profunda ist selten zu beobachten. In der Literatur hat Verf. nur wenige Fälle finden können. In seinem Falle handelte es sich um ein 20 jähriges Landmädchen, bei dem sich seit ca. 3 Jahren eine etwas über mannsfaustgrosse, ovale, fluktuierende nicht schmerzhafte Geschwulst in der Nähe der rechten Hüfte und zwar vor der äusseren Fläche des grossen Trochanter entwickelt hatte. Nie hatte Patient ernstliche Beschwerden dadurch gehabt. Bei der Operation zeigte sich die Geschwulst, die leicht auszuschälen war, nach hinten gestielt, und durch den Stiel gelangte man in die Bursa trochanterica profunda, welche nicht vergrössert erschien. Die Zyste enthielt ca. 100 cbcm. strohgelber klarer Flüssigkeit. Inbezug auf die Aetiologie der Hygrome wären inbetracht zu ziehen neben dem Trauma besonders die Tuberkulose, rheumatische Einflüsse, Syphilis. Die Behandlung soll in der Totalexstirpation der Bursa bestehen.

Buccheri-Palermo.

94) **W. G. Turner**. Notes on the pathological anatomy of congenital Hip dislocation.

Amer. journ. of. orth. surg. 1909. 4.

Gewöhnlich entsteht die Hüftluxation intrauterin, ziemlich selten intra partum, in einigen wenigen Fällen erst später. Die Bemerkungen bezgl. Therapie bieten dem Orthopäden nichts neues; im allgemeinen folgt T. der Lorenzschen Methode der Reduktion und Fixation.

Ewald-Hamburg.



95) **Alfred Saxl.** Ueber das Trendelenburgsche Phänomen bei der angeborenen Hüftverrenkung. (Wien. klin. Woch. 1909. Nr. 38.)

Das Zustandekommen des Phänomens wird nach den Theorien von Trendelenburg und Lorenz erörtert. Das Hauptgewicht legt Saxl auf die bekannte Verschiebung der Insertionspunkte der Beckenheber an Schenkel und Hüfte und dadurch bedingte relative Insuffizienz, insbesondere des Glutäus medius. **Spitzy**-Graz.

96) **Küster.** Zur Behandlung der angeborenen Hüftgelenksverrenkung.

D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 100. p. 52.

Verf. berichtet über 10 Fälle kongenital. Hüftluxation aus der Marburger Klinik und will damit beweisen, dass die Behandlung derselben nicht nur in spezialistisch betriebenen orthopädischen Anstalten durchgeführt werden kann und namentlich den Universitätskliniken nicht verloren gehen darf. Die 10 Fälle mit 15 luxierten Gelenken ergaben 11 mal vollkommene Heilung — nach Angabe der Eltern —. Im ganzen sind Reluxationen im Verband nach der Reposition auffallend häufig, über die Verbandmethode erfahren wir jedoch nur wenig, und scheint die Verbandperiode i. allg. eine sehr kurze gewesen zu sein. Die Forderungen, die Verf. an seine Erfahrungen knüpft: möglichst frühzeitige Reposition, genaue Röntgenkontrolle u. a. sind die bekannten Grundsätze der Luxationstherapie. **Baisch**-Heidelberg.

97) **Rizzuto** (Palermo). Cinque casi di disarticolazione della coscia.

L'Ospedale di Palermo 1909. fasc. 3.

Verfasser benutzte für die Exartikulation das Verfahren von Tricomi. Dasselbe ist folgendes.

1. Tempo. Ischämie, Durchschneiden der Arteria und der Vena fem. unter dem Fallopschen Bogen zwischen zwei Ligaturen, Einstechen von zwei gekrümmten 30 cm. langen Nadeln, welche durch sämtliche Weichteile von vorn nach hinten durchgehen, die eine die äussere Hälfte, die andere die innere Hälfte des Femurhalses konturierend, und welche mit ihren Spitzen etwas vor dem Tuber ischii austreten. Die Nadeln wenden ihre Konvexität gegen den Femurhals, und die Weichteile, die sie in ihrer Konkavität einschliessen, werden mittels eines dicken in Form von einer 8 zwischen den vorspringenden Partien einer jeden Nadel durchgeführten Gummischlauches komprimiert.



2. Tempo. Bildung zweier seitlicher Lappen. Ausgehend von der bereits für die Unterbindung der Femoralgefässe gemachten Inzision werden zwei seitliche Lappen umschnitten und abgelöst. Die Inzision wird nach hinten bis an die Tuberositas ischii zwischen den Enden der Nadeln geführt.

3. Tempo. Exartikulation.

4. Tempo. Definitive Blutstillung und Naht der Wunde. Da die Gummischläuche eine perfekte provisorische Blutstillung sicherten, braucht nur noch allmählich zuerst der eine und dann der andere Schlauch gelockert zu werden, um mit Ruhe die Blutstillung der beiden Lappen vorzunehmen. Darauf Naht.

Nach diesem Verfahren hat Verf. fünf Fälle mit glänzendem Resultat operiert. **Buccheri**-Palermo.

98) **Gil.** Compresión extraperitoneal de la arteria iliaca primitiva, en la desarticulación coxofemoral.

Rev. de Medic. y Cirug. pract. de Madrid. Nr. 1083 v. 21. 7. 09.

G. empfiehlt für die Exartikulation des Hüftgelenks eine Methode der extraperitonealen Kompression der Arteria iliaca communis. Dieselbe wird in der Weise ausgeführt, dass der Kranke, ähnlich wie bei einer Nierenoperation, auf die gesunde Seite gelagert und ihm eine Rolle untergeschoben wird. Darauf wird eine Inzision in der Länge von 7—8 cm gemacht, welche einen nach vorn konkaven Bogen macht und 2 oder 3 cm von der Mitte der Crista ilii beginnt und nach der zwölften Rippe hinführt. Im unteren Wundwinkel werden die Bauchmuskeln in einer Ausdehnung von 5 bis 6 cm stumpf durchtrennt. Darauf wird die Aponeurose durchschnitten. Das hierdurch freigelegte Peritoneum wird zurückgeschoben und man gelangt leicht an die Arteria iliaca communis. Diese wird darauf von einem Assistenten mit Zeige- und Mittelfinger der je nach der Seite des Kranken in Betracht kommenden Hand komprimiert, und darauf der Patient wieder zur Vornahme der eigentlichen Operation auf den Rücken gelagert. Der Vorteil dieser Operation vor der intraperitonealen Kompression besteht hauptsächlich darin, dass man vermeidet, die zarte Vene mit zu komprimieren, deren Wände bei langdauerndem Druck leicht Schaden nehmen können. Ausserdem kommt natürlich sehr wesentlich in Betracht, dass man das Peritoneum nicht zu eröffnen braucht, dass man die zu komprimierende Arterie genau sieht, und dass es sich um eine verhältnismässig sehr leicht heilende Wunde handelt. Bei sehr fetten Patienten macht die Operation natürlich etwas mehr Schwierigkeiten, aber sie ist auch hier gut ausführbar. **Stein**-Wiesbaden.



99) **G. Zancarini** (Mailand). Zur Behandlung der Oberschenkelbrüche bei Neugeborenen.

Münch. med. Woch. 1909. 46.

Z. empfiehlt bei der Behandlung der bei der Geburt acquierierten Oberschenkelbrüche das altbekannte Verfahren, das frakturierte Bein an den Körper des Kindes anzubandagieren. Mitteilung von 3 Fällen, die ohne Dislokation oder Verkürzung geheilt sind.

Ewald-Hamburg.

100) **Slocker.** Lesión traumática del nervio ciático; sutura.

Rev. de Medic. y Cirug. pract. de Madrid. Nr. 1075 v. 21. 5. 09.

Bericht über eine Stichverletzung des Nervus Ischiadicus, bei welcher dieser Nerv vollkommen durchtrennt wurde. Die Operation ergab, dass eine 5 cm lange Lücke zwischen den beiden Schnittenden bestand. Der Nerv wurde in üblicher Weise vernäht, und die Funktion kehrte sehr langsam, aber gut wieder.

Stein-Wiesbaden.

101) **Preiser** (Hamburg). Eine typische periostale Callusbildung am Condylus internus femoris nach Kniedistorsionen.

Arch. f. klin. Chir. 90. Bd. H. 1. p. 249.

Auf Grund von 10 Fällen spricht sich Verfasser in gleicher Weise wie Pfister gegen die Deutung als Absprengung, er nimmt ebenfalls Periostabreissung und nachträgliche Callusbildung hauptsächlich in der Adduktorensehne an. Seine Gründe sind wie bei Pf. indirektes Entstehen und häufiges Auftreten erst längere Zeit nach dem Trauma.

Balsch-Heidelberg.

102) **Offergeld** (Frankfurt a. M.). Luxatio genu lateralis entstanden durch Geburt in Beckenendlage bei Einriss des Ligamentum collaterale tibiale.

Deutsche mediz. Woch. 1909. Nr. 39. S. 1703.

Bei einem Kinde, das in Steisslage zur Welt kam, fand Verf. eine Subluxation des Kniegelenks in der Weise, dass der Unterschenkel parallel der Aussenseite des Oberschenkels lag. Entstanden war diese Subluxation durch eine Ruptur des Lig. collaterale tibiale und einen Riss der Gelenkkapsel. Die Reposition gelang leicht und die Beweglichkeit des Beines war eine tadellose. Verf. erklärt die Entstehung der Verletzung intra partum dadurch, dass sich Unterschenkel und Hacke an der Uteruswand verfangen habe, wobei



dann durch Tiefertreten des Körpers und des Oberschenkels infolge der Wehen eine Sprengung der Bandapparate und die Subluxation im Kniegelenk zustande gekommen sei.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

103) **Andò** (Rom). Delle alterazioni anatomiche ed istologiche in un caso di artrite deformante del ginocchio.

Pubblicazioni della Clinica chirurgica di Roma 1909.

Es fand sich:

1. Vermehrung der Endothelschichten und fibröse Verdickung der Kapsel.

2. Anwesenheit von spongiösen Knochenkernen infolge neoplastischer Verknöcherung kapsulärer Knorpelknötchen.

3. Rarefaktion der spongiösen Knochensubstanz durch lakunäre Resorption der Knochenbälkchen und fibröse und schleimige Umwandlung des intertrabekulären Markgewebes.

4. Verdichtung des spongiösen Knochengerüstes und Osteosklerose.

5. Schleimgewebe enthaltende Höhlenbildungen in der Dicke der spongiösen Substanz durch Resorption der Knochenbälkchen.

6. Progressive und regressive Prozesse des Knorpels, wie Verschwinden des Gelenkknorpels, Verdickung des Deckgelenkknorpels, Unregelmässigkeiten in seiner tiefen Grenze, Einsenken kleinster Knorpelinseln in den oberflächlichen Teil der epiphysären Knochensubstanz.

Buccheri-Palermo.

104) **Stretti** (Bologna). Sui corpi mobili articolari del ginocchio.

La Clinica chirurgica 1909. Nr. 10.

Der vom Verfasser mitgeteilte Fall ist von Interesse, weil die histologische Untersuchung der beweglichen Gelenkkörper nachwies, dass diese von knöchern-knorpeliger Natur waren und nicht von Arthritis sicca oder deformans abhingen.

Dieselben sind aufzufassen als von traumatischem Ursprung, und für diese Annahme sprechen, mehr noch als die Vorgeschichte, die objektive Untersuchung und der histologische Befund (Nekrose des Knochens, degenerative Veränderung des Knorpels).

Aus den nämlichen Gründen ist die Theorie von König von der Osteochondritis dissecans zu verwerfen, wie auch nicht ein tuberkulöser Ursprung nach Cornil und Courday angenommen werden kann.

Buccheri-Palermo.



105) **Paul Zander II** (Heidelberg). Ein Fall von genu valgum durch Fraktur am oberen Tibiaende.

Monatschr. für Unfallheilk. und Invalidenwesen. 1909. Nr. 7.

Einem 61 jährigen Landwirt fiel eine Kuh auf die Aussenseite des linken Kniegelenks, und zwar bedingten es die örtlichen Verhältnisse, dass der Mann im Stehen die Last auf sich einwirken lassen musste, ohne ausweichen zu können. Es entstand ein genu valgum traumaticum, bedingt durch eine fast senkrecht verlaufende Fraktur des äusseren Tibiacondylus. Die zurückbleibenden Beschwerden waren recht beträchtlich. **Ewald**-Hamburg.

106) **Goyanes.** Casuistica quirurgica. (Rev. de Medic. y Cirug. pract. de Madrid. No. 1086. v. 14. 8. 09.)

1. Mitteilung eines Falles von Operation wegen hochgradigem Genu valgum mit regionärer Anästhesie. Es wurden 80 ccm. einer $^1/_2$ $^0/_0$tigen Cocainlösung in die Arterie vor der Operation injiziert, nachdem oberhalb und unterhalb der Operationsstelle ein Schlauch angelegt worden war. Ueber das Verfahren ist im Juniheft dieser Zeitschrift referiert worden.

2. Mitteilung über Operation eines hochgradigen Pes varoequinus. Es wurden verschiedene Sehnenverlängerungen verbunden mit einer Resektion des Talus vorgenommen.

Stein-Wiesbaden.

107) **Peltesohn** (Berlin). Zur Aetiologie und Pathologie des Genu recurvatum und der Tibia recurvata. (Zeitschr. für orthop. Chirurg. XXII. Bd. 4. H. S. 602.)

Von den 3 Fällen von Genu recurvatum, welche P. zu beobachten Gelegenheit hatte, war das erste durch eine chronische Osteomyelitis an der Vorderseite des Tibiakopfes bedingt. In einem zweiten Falle war nach Streckung einer gonorrhoischen Flexionskontraktur eine Ueberstreckung des Kniegelenks zustande gekommen, die sich allmählig verschlimmerte. P. glaubt in diesem Falle, dass neben einer Zerstörung der vorderen Partien des Tibiagelenkknorpels die Ueberstreckung bei dem Redressement der Kontraktur als Ursache der Deformität anzusehen sei. Die dritte Pat. zeigt bei starker koxitischer Flexionskontraktur ein genu recurvatum der gesunden Seite, das Verf. auf statische Gründe (Verlagerung des Schwerpunktes vor die Achse des Beines) zurückführt. Eine weitere Beobachtung von scheinbarer Ueberstreckung des Kniegelenks erwies sich als eine Knickung der Tibia an der Tuberositas bei gleichzeitiger Beugekontraktur im Kniegelenk



und Hüftgelenk. Verf. führt die Entstehung der Tibia recurvata darauf zurück, dass die starke Aktion des Quadrizeps die in Beugestellung fixierte Tibia gerade über der Tuberositas tibiae nach vorn abgebogen habe. Eine Epiphysenstörung liess sich ausschliessen. Wodurch allerdings die zu der Verbiegung nötige Knochenweichheit verursacht war, weiss P. sich nicht zu erklären.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

108) **Romano** (Neapel). Ginocchio curvo di alto grado di origine patologica con sinostosi femoro-tibiale.

Gli Incurabili. 1909. Nr. 4.

Klinischer Fall, der durch keilförmige Osteotomie zur Heilung gebracht wurde. **Buccheri**-Palermo.

109) **Dalla Vedora** (Rom). Nuovo processo operatorio per il trattamento della lussazione abituale della rotula.

Pubblicazioni della Clinica chiurgica di Roma 1909.

Verfasser beschreibt eine neue Operationstechnik, die ihm in einem Fall von habitueller Luxation der Kniescheibe einen vorzüglichen Erfolg gegeben hat. Dieselbe besteht, in ihren zwei wesentlichen Teilen betrachtet, in der Entfernung des geschrumpften Teiles und in der plastischen Rekonstitution des insuffizienten Teiles der Bänder. **Buccheri**-Palermo.

110) **L. Eloesser** (Berlin). Ein Schienenhülsenapparat für Kniegelenkskontrakturen.

Zentralbl. f. Chir. 1909. Nr. 30.

Der Apparat besteht aus Hülsen und Seitenschienen wie der Hessingapparat. Die äussere Unterschenkelschiene hat aber eine über das Kniescharnier hinausgehende nach vorn umgebogene Verlängerung, die wiederum mit einer langen vom Oberschenkel bis zum Boden reichenden starren und geraden Schiene durch ein Scharnier verbunden ist. Wird jetzt diese starre Schiene beim Gehen belastet, so wird durch Hebelwirkung der Unterschenkel nach vorn bewegt, so dass also der Beugekontraktur entgegengearbeitet wird. **Ewald**-Hamburg.

111) **Vulpius** (Heidelberg). Ein Kniegelenk für künstliche Beine. (Deutsche med. Woch. 1909. Nr. 27. S. 1191.)

V. beschreibt das Kniegelenk einer Prothese, die freie Beweglichkeit bei der Beugung und selbsttätige Fixation bei Streckstellung er-



möglicht. Die Schiene des Oberschenkelteils senkt sich bei Belastung zwischen zwei Anschläge des Unterteils hinein und steht dadurch fest, während beim Aufhören der Belastung der herabsinkende Unterschenkelteil frei kommt und eine freie Beugung zulässt.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

112) **Krebser** (Zürich). Kasuistische Beiträge zur Kenntnis der kongenitalen Fibuladefekte. (Zeitschr. für orthop. Chirurg. XXIII. Bd. 1.—2. H. S. 167.)

Die Beobachtung zweier Fälle von Fibuladefekt mit Equinus- und Valgusstellung des Fusses gibt Verf. Veranlassung, die Aetiologie dieser Deformität näher zu besprechen. K. glaubt nicht, dass ein Keimfehler als ätiologischer Faktor in Betracht zu ziehen sei, sondern dass eine von aussen kommende Ursache (Druck der Uteruswand) die Fibula in ihrer Entwicklung hemme. Therapeutisch kommt vor allem der Ausgleich der stets bestehenden Verkürzung eventuell durch Prothese und die Koırektur der Valgusstellung in Frage und bei zu starker Spannung der Achillessehne die Tenotomie derselben. Auch die operativen Verfahren, die mehrfach angewandt wurden, waren für die Feststellung des Fusses von gutem Erfolg, doch ist das Dauerresultat speziell in Rücksicht auf spätere Wachstumsverkürzung. immerhin etwas fraglich, da die Epiphysen meistens in Mitleidenschaft gezogen werden. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

113) **Schrecker.** Zur Behandlung der Unterschenkelbrüche. Deutsche Zeitschr. für Chir. Bd. 98. 3.—6. H. p. 467.

Verf. hat die Fälle von Unterschenkelbrüchen aus verschiedenen Militärlazaretten gesammelt und davon 100 zu der vorliegenden Besprechung verwertet. Die Ergebnisse sind in verschiedener Beziehung interessant. Dass die Prognose der Unterschenkelbrüche sich umso ungünstiger gestaltet, je mehr sich die Fraktur dem unteren Abschnitt nähert und ebenso, dass die Schräg- und Splitterbrüche wieder schlechtere Prognose bieten, als die Querbrüche, ist durch die Anatomie begründet. Bezüglich der Behandlungsarten hat der Gipsverband und besonders der Gipsgehverband die schlechtesten Erfolge aufzuweisen. Weswegen Schr. unbedingt Extension und zwar nicht einfache Längsextension, sondern solche genau nach den Vorschriften Bardenheuers fordert. Dieser Hinweis dürfte nicht unangebracht sein, denn gerade bei den Unterschenkelfrakturen ist wohl der Gipsverband als Behandlungsmethode weniger verdrängt durch die Extensionsmethode als bei anderen Frakturen.



Die weiteren Forderungen, die Schr. aufstellt, sind die, die man wohl von jeder modernen Frakturbehandlung verlangen darf.

Baisch-Heidelberg.

114) **Mocquot** et **Caraver** (Paris). La marche directe dans les fractures de jambe. (Ambulante Behandlung der Unterschenkelfrakturen.)

Revue de chir. Bd. 40. S. 601.

Um die bei der Behandlung der Unterschenkelfrakturen im geschlossenen Gipsverband auftretenden Versteifungen und zugleich auch Dislokationen zu vermeiden, wenden die Verf. das von Delbet angegebene Verfahren an. Es wird der periphere Bruchteil des Unterschenkels durch eine um die Knöchel gelegte Schlinge mit einem Gewichtszuge von 10—12 klgr. extendiert. Die Wirkung des Zuges soll sich dabei sehr rasch äussern, so dass man inzwischen schon den definitiven Verband vorbereiten kann. Derselbe wird in Extension angelegt und besteht aus zwei kräftigen Gipslanguetten, die von den Condylen der Tibia aussen und innen am Unterschenkel bis auf einige Millimeter von der Auftrittsfläche herablaufen und oben durch einen Gipsring, der die Condylen umfasst, und unten durch einige Touren, welche die Knöchel umfassen, aber das Fussgelenk freilassen, vereinigt werden. Bei Malleolarfrakturen soll der untere Ring so gestaltet werden, dass er die Ferse mit fixiert. Der Verband kann sofort nach dem Unfall angelegt werden, eventuell bereits vorhandenes Oedem muss erst zum Verschwinden gebracht werden. Die Erfolge sollen nach Angabe der Verfasser in Bezug auf Form und Funktion des Fusses sehr gute sein.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

115) **De Francesco** (Giussano). Innesto del perone sulla tibia.

Clinica chirurgica 1909. Nr. 8.

Die Implantation der Fibula in die Tibia gibt ein sehr gutes Resultat. Stets ist es ratsam, vorher die Restauration der kranken Diaphyse mit einer homo- oder heteroplastischen Einpflanzung zu versuchen.

Buccheri-Palermo.

116) **A. H. Tubby** (London). Diffuse painful lipoma of the foot.

Americ. journ. of orth. surg. 1909. 4.

2 Fälle von jungen Mädchen, bei denen sich ganz allmählich eine schmerzhafte Geschwulst unterhalb des Sustentaculum tali bildete, die operativ entfernt wurde und aus reinem, aber von der



Umgebung gut abgrenzbaren Fettgewebe bestand. Mit dem Plattfuss hat das Leiden nichts zu tun. Bisher hat T. 5 Fälle beobachtet Ein Rezidiv ist nach der Operation nicht aufgetreten.

Ewald-Hamburg.

117) **G. Rais** (Paris). Fracture du calcanéum d'un coté, luxation astragalo-scaphoidienne de l'autre coté. (Revue d'orth. 1909. 6.)

Ein Mann fiel aus der II. Etage auf die Füsse und zog sich auf der einen Seite eine Kalkaneusfraktur, auf der anderen eine Luxation im Chopartschen Gelenk zu. Eine unblutige Reposition misslang. Nach 8 Tagen Massage, nach 4 Wochen Gehversuche. Verf. ist mit dem Resultat zufrieden. Ewald-Hamburg.

118) **Reclus** et **Schwartz.** Les exostoses du calcanéum. Revue de chirurg. Bd. 39, S. 1052.

Die Verf. führen zunächst die bisher veröffentlichte Literatur über dieses Thema an, um dann ihre eigenen 6 Fälle, die zum Teil jüngere Leute betrafen, des genaueren zu schildern. Verf. unterscheiden die Exostosen nach ihrer Lage in solche, die an der unteren Tuberositas des Calcaneus und solche die an dessen hinterer Fläche sitzen. Die Symptome sind je nach der Lokalisation verschieden. Die Exostosen an der Unterfläche sind am schmerzhaftesten, da sie sehr dem Druck der Körperlast ausgesetzt sind, die an der Hinterseite schmerzen nur bei stärkerer Anspannung der Achillessehne. Es können auch beide Formen ohne irgend welche Beschwerden bestehen. Am häufigsten wird diese Spornbildung bei Männern beobachtet und kann in jedem Alter vorkommen. Die verschiedenen bisher aufgestellten Theorien erscheinen dem Verf. nicht erschöpfend für alle Fälle. Sie kommen deshalb zu dem Schlusse, dass keineswegs alle Fälle die gleiche Aetiologie haben müssen. Sie unterscheiden zunächst eine Form, die nur die Verstärkung einer bereits vorhandenen Disposition darstellt, das heisst, der Sporn ist durch vermehrten Zug der Sehnen oder Bänder entstanden, ebenso wie die normalen Prominenzen der Knochen sich unter derartigen Einflüssen entwickeln. Eine andere Reihe von Exostosen kann infolge einer Periostitis traumatica auftreten. Auch infektiöse Ursachen (Gonorrhoe und Syphilis) können zur Bildung solcher Auswüchse Veranlassung geben, wie bereits mehrfach mikroskopisch nachgewiesen werden konnte. Ebenso kann ein bisher symptomloser Sporn durch ein Trauma und nachfolgende



Entzündung schmerzhaft werden. Ferner ist es möglich, dass eine Exostose, die an und für sich schmerzlos ist, dadurch, dass sie eine Entzündung der benachbarten Schleimbeutel hervorruft, Beschwerden macht. Die Diagnose kann mit Sicherheit nur durch das Röntgenbild gestellt werden. Therapeutisch kommt hauptsächlich die operative Entfernung der Exostosen in Frage, die auch bei den meisten Fällen der Verf. mit gutem Erfolge in Anwendung kam. Andere Massnahmen wie Entlastung der schmerzhaften Stelle führen meist nicht zum gewünschten Ziel. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

119) **Madelung** (Strassburg). Einige Bemerkungen über die Luxatio medio-tarsea completa.

Deutsche Zeitschr. für Chir. Bd. 100. p. 312.

Durch Sturz von einem Baum, während der Fuss durch ein Steigeisen, dessen Befestigungsband quer über den Tarsus führt, fixiert war, kam eine komplette Luxation im Chopartschen Gelenk nach oben zustande. Der Fuss stand in adduzierter, supinierter und plantarflektierter Stellung. Die proximalen Gelenkflächen von Navikulare und Cuboid sind völlig abtastbar. Der Fall kam veraltet in M's Klinik, daher gelang Reposition erst blutig, Navikulare und Talus wurden durch Knochennaht vereinigt. Funktionelles Resultat sehr gut. Aus der Litteratur konnte M. nur 9 einwandfreie gleichartige Luxationen zusammenstellen.

Balsch-Heidelberg.

120) **Frank.** Die Resektion bei Fussgelenkstuberkulose nach Bardenheuer.

D. Zeit. f. Chir. Bd. 99, H. 3—6, p. 480.

Verf. gibt zunächst einen historischen Ueberblick über die Geschichte der Entwicklung der verschiedenen Resektionsmethoden wobei festzustellen ist, dass sich unter den jetzigen Chirurgen eine radikale Operation mit Querschnitt und Durchtrennung von Muskeln und Sehnen mehr und mehr Anhänger erwirbt, gegenüber den schonenderen Methoden von Längsschnitten aus der älteren Chirurgie. Namentlich für die extrakapsulare Resektion, wie sie Bardenheuer auch für alle anderen Extremitäten-Gelenke angegeben hat, tritt Verf. ein, und gibt eine Uebersicht über die Erfolge der nach dieser Methode von 1903—1908 am Kölner Bürgerhospital operierten 45 Fälle. 30 waren davon einer Nachuntersuchung zugänglich und von diesen wieder 27 völlig ausgeheilt mit teils guter, teils befriedigender Funktionsfähigkeit des Fusses, nur 1 Schlottergelenk. Gewiss ein vorzügliches Resultat! **Balsch**-Heidelberg.



121) **Froelich** (Nancy). Du metatarsus varus congénital.

Revue d'orth. 1909. 5.

Drei Fälle von Metatarsus varus. (Adduktion des Vorderfusses, Vorspringen des Fussrückens Verschiebung des Fusses nach aussen; stärkere Entwicklung der grossen Zehe und aussergewöhnliche Beweglichkeit, Verkrümmung des Metatarsale II—V.) Aetiologisch am wahrscheinlichsten ist intrauteriner Druck. Die Behandlung richtet sich nach dem Grade der Deformität und nach den Beschwerden. Gewöhnlich genügt das modellierende Redressement, ein orthopädischer Apparat mit Stahlsohle, die den Fuss mittelst Zügen in korrigierter Stellung hält, ist manchmal nötig. — Geht der metatarsus varus mit einer starken Adduktion des metatarsale I einher, so wird eine schiefe Osteotomie dieses Knochens gemacht, ausserdem die Extensorensehne der Grosszehe schief durchschnitten. — Gute Resultate.

Ewald-Hamburg.

122) **Kirchner** (Göttingen). Zur Aetiologie und pathologischen Anatomie des typischen angeborenen Klumpfusses nebst Bemerkungen zur Aetiologie anderer angeborener Missbildungen.

Zeitschr. für orthop. Chir. XXI. Bd. H. 4. S. 525.

Nach den Untersuchungen von Lazarus und Schomburg dreht sich der normale Fuss des Embryos im 2. Lebensmonat in eine Supinationsstellung hinein und zwar infolge der Entwicklung des Prozessus lateralis tarsi und des Sustentaculum tali, der vordere Teil des Fusses stellt sich daher in Pronation. Wenn das Amnion noch bis ans Ende der 5. und 6. Woche dem Fötus dicht anliegt, so werden dadurch, dass die senkrecht zur Körperachse stehenden Extremitäten zusammengedrängt werden, die Füsse in Adduktionsstellung gebracht. Da die Drehung des Kalkaneus in Supinationsstellung, die durch Einwirkung auf den Talus eine Dorsalflexion des Fusses bewirkt, in solchem Falle nicht erfolgt, so bleibt der Fuss in Plantarflexion. Die Tarsalia können dabei verschiedene Formen haben. Der Mangel an Amnionflüssigkeit ist wohl als eine spezielle, eventuell vererbbare, Eigenschaft des Embryo anzusehen. Steht die untere Extremität senkrecht zum Rumpf, so stösst der Femurkopf gegen den widerstandsfähigeren hinteren Pfannenrand, wobei dann leichter eine Deformierung des peripheren Teiles d. h. ein Klumpfuss entsteht, während bei schräger Richtung des Beines der Kopf den oberen nachgiebigeren Pfannenrand trifft und darüber hinaus nach oben luxieren kann. Da die oberen Ex-



tremitäten mehr dem Rumpf parallel liegen, so stossen sie weniger leicht beim Wachsen auf ein Hindernis, wodurch sich das seltenere Vorkommen von Missbildungen der Arme erklärt. Verf. nimmt auch aus diesem Grunde eine mechanische Entstehung obiger Deformitäten an und glaubt die Keimfehlertheorie verwerfen zu müssen. Ein einseitiges Vorkommen einer Missbildung kann nach Verf. durch verschiedene weit fortgeschrittene Entwicklung der Extremitäten oder durch die Lage des Dottersacks oder auch schliesslich gelegentlich durch den Druck eines traumatischen Blutergusses veranlasst werden. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

123) **Röpke** (Jena). Angeborener Klumpfuss entstanden durch Einwirkung amniotischer Fäden.

Zeitschrift für orthop. Chir. 22. B. 4. H. S. 557.

Verf. beobachtete bei einem $1^1/_2$ Monate alten Knaben ausser Defekten an den Fingern der rechten Hand einen Klumpfuss, bei dem auf der Fusssohle eine narbige Furche zu sehen war. An dieser Furche waren die Zehen resp. ihre Metatarsen abgeknickt und der ganze Fuss im Wachstum zurückgeblieben. Wenn auch keine Residuen von Fäden zu finden waren, so glaubt Verf. doch die Furche der Fusssohle ebenso wie die Fingerdefekte auf amniotische Fäden zurückführen zu müssen. Auch die Klumpfussstellung erklärt sich durch Druck der Uteruswand auf den durch das amniotische Band fixierten Fuss.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

124) **Blanc.** Un caso de pie varus congénito tratado por el procedimiento de Lorenz y tenotomias. (Rev. de. Medic. y Cirug. pract. de Madrid. No. 1090. v. 14. 9. 09.)

Mitteilung eines Falles von sehr starkem Klumpfuss bei einem kleinen Mädchen. Behandlung durch unblutiges Verfahren und Tenotomieen. **Stein**-Wiesbaden.

125) **Milo.** Het mechanisme van het platvoetproces de „spreidvoet". (Der Mechanismus der Entstehung des Plattfusses. Der Spreizfuss.") (Nederl. Tydschr. voor geneeskunde 1909. II. Nr. 17.)

M. bespricht den Mechanismus der Entstehung des Plattfusses, speziell wie Lorenz, Hoffa und Jagerink den Vorgang auffassten. Er selbst meint, man solle von der wahren Form der Fusshöhlung ausgehen, die ein Nischengewölbe darstelle. Ueber die Entwickelung des Plattfusses sagt M.: Um das os cuboideum als punctum fixum



gruppieren sich die Form- und Positionsveränderungen der übrigen Tarsalia und Metatarsalia, soweit sie von dem Einsinken der Fussnische abhängen. Daher findet man auch beim Plattfuss das cuboideum am wenigsten verunstaltet."

Hierauf erklärt M. die Abduktion des Vorderfusses und des Kalkaneus, und die Knickung des äusseren Fussrandes. Weiter solle man eine Spreizung des Vorderfusses annehmen, verursacht durch Insuffizienz des M. transversalis pedis.

M. nennt diesen Zustand „Spreizfuss". Wo er entsteht, können die Symptome der Metatarsalgie, Mertensschen Krankheit etc. zustande kommen. M. verordnet in diesen Fällen eine lederne „Metatarsal-Manschette" und hat damit sehr gute Resultate erzielt, wie aus einigen Krankengeschichten hervorgeht. (Auch Ref. hat in einigen Fällen damit gute Resultate erzielt). Sonst sollen in erster Linie bei der Plattfussbehandlung Uebungen der Mm. tibiales, des flexor hallucis longus und der kurzen Fussmuskeln angewandt werden. Uebung des M. transversalis pedis, so nützlich sie auch wäre, ist kaum auszuführen. Plattfusssohlen sind bei der Behandlung des Leidens nur nützlich, wenn sie gute laterale Gegenstützpunkte haben und nicht als einfache Stützsohlen angewandt werden. **B. Tilanus.**

126) **Becker.** Ueber Insuffizienz des Fusses.

Mediz. Klinik. 1909. Nr. 12.

In einer für den Praktiker geschriebenen Arbeit bespricht Verf. die Funktion des Fusses, die Bedeutung, die Aetiologie — statische, traumatische, entzündliche und paralytische — die Symptome und Diagnose der Insuffizienz. Die 3 Kardinalsymptome sind: 1. Längeres Stehen ist schmerzhafter als Gehen, 2. ein enger fester Schuh wird besser vertragen als ein bequemer Hausschuh, 3. die Schmerzen verschwinden sofort beim Sitzen und Liegen; die Nachtruhe ist völlig ungestört. Er erinnert an die starken Ermüdungsschmerzen der Beinmuskulatur, die ein ganz anderes Krankheitsbild vortäuschen können. Ferner bespricht er die Prognose und die Therapie. Verf. bevorzugt die über dem Modell gewalkten Einlagen aus Hornhautleder und verwirft alle fabrikmässig hergestellten Modelle, ebenso wie den von Lengfellner hergestellten Plattfussstiefel. „Eine gute Einlage soll der Fussohle quasi als Hohlschiene fest und unverschieblich anliegen." Ferner soll die Massage energisch betrieben werden neben der Uebungstherapie, wobei Verf. Heissluftbehandlung mit gleichzeitigen Pendelübungen kombiniert hat.



Bei schweren Fällen nimmt Verf. unblutiges Redressement vor. Bei paralytischem Pes valgus hat er ausgezeichnete Resultate mit Sehnentransplantation. **Meyer**-Heidelberg.

127) **Deutschländer** (Hamburg). Zur Frage des traumatischen Plattfusses.

Zeitschrift f. orthop. Chir. Bd. XXII, H. 1—3, S. 304.

Verf. hat in einer Anzahl von Fällen (14) beobachtet, dass sich nach einem im ganzen geringfügigen Trauma erhebliche und dauernde Schmerzen im Fuss einstellten. Das Fussgewölbe war dabei nicht abgeflacht, dagegen bestand Bewegungsbeschränkung im Chopartschen Gelenk und starke Atrophie der Wadenmuskulatur. Verf. glaubt an der Hand der Röntgenbilder als Ursache dieser Erscheinungen einen Bruch des Naviculare mit sekundärer Arthritis im Chopartschen Gelenk annehmen zu müssen. Durch mobilisierende Uebungen, Massage, Heissluftbäder und Einlagen zur Entlastung des Gelenkes wurden nach D.'s Angaben gute Erfolge erzielt, nur in 2 Fällen wurde die Resektion des Naviculare notwendig.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

128) **K. Gaugele** (Zwickau). Ueber die Heilung der Fussschmerzen durch das Schuhwerk (insonderheit bei der abnormen Plantarflexion der Metatarsalknochen).

Arch. für Orth., Mechanoth. und Unfallchirurgie 1909. Bd. VII. 4.

Unter Hinweis auf Momburgs Buch „der Gang des Menschen und die Fussgeschwulst", wo der Nachweis geführt wird, dass die Stützpunkte des Fusses beim Gehen ausser dem Kalkaneus die Köpfchen des 2. und 3. Metatarsale sind, wendet sich G. gegen die Quergewölbetheorie verschiedener Autoren: man kann nicht von einem Gewölbe reden, sondern nur von einer bogenförmigen Lage der Köpfchen der Mittelfussknochen am unbelasteten Fuss. Der typische Vorderfussschmerz hat also mit einer Senkung des Quergewölbes gar nichts zu tun, ebensowenig der Hallux valgus. Die Ursache der Schmerzen liegt vielmehr in der abnormen Plantarflexion der Mittelfussknochen. Wenn einzelne Autoren das Vorhandensein eines Quergewölbes ex juvantibus (Heftpflasterstreifen, der das gesunkene Quergewölbe hebt) zu beweisen glauben, so führt G. die günstige Wirkung darauf zurück, dass durch den Heftplasterverband die Mittelfussknochen in toto gehoben werden. Dies wird aber besser durch eine Einlage erreicht. **Ewald**-Hamburg.



129) **A. G. Cook** (Hartford). The question of balance.
Am. journ. of. orth. surg. 1909. 4.

Bei den gewöhnlichen Stiefeln liegt nach Verf.'s Ansicht der Hacken zu weit zurück und auf die Wölbung der Fusssohle ist nicht die nötige Rücksicht genommen, so dass die Stiefel ihren Zweck nicht oder nur unvollkommen erfüllen, da sie die Körperlast nicht auf die ganze Fusssohle verteilen. Ferner ist für einen normalen Fuss ein anderer Stiefel notwendig als für einen Fuss mit erschlafften Bändern (Plattfuss). Man muss daran denken, dass die Bänder, die die Fussknochen mit einander verbinden, nicht nachgiebig sind, und dass die Bewegungen der Knochen daher mehr oder weniger begrenzt sind. Dagegen gleicht der Fuss mit relaxierten Bändern einem Sack mit losen Knochen und dieser Fuss erfordert eine feste Stütze. Ein festes Leder muss über einem Gipsabguss angefertigt werden, der Hacken muss von gehöriger Breite und Höhe sein, eine Stahleinlage muss das Gewölbe halten, ohne die Zehenbewegung zu hemmen. **Ewald**-Hamburg.

130) **R. le Clerc** (St.-Lô). Déviation des orteils.
Revue d'orth. 1909. 5.

Bei einer 86 jährigen Frau fand Verf. bei der Autopsie ausser einem Hallux valgus einen digitus varus der 2. Zehe, die über der grossen Zehe lag. Die Gelenkfläche des Metatarsus I-Köpfchens war zum grössten Teil zerstört und so verändert, dass die Grundphalanx der Grosszehe falsch artikulieren musste. Operativ hätte man also beim Hallux valgus nicht die Weichteile, sondern das Skelett, und zwar das Capitulum metatars. I. anzugreifen.
Ewald-Hamburg.

Kongress- und Vereinsberichte.

131) **Erster griechischer Tuberkulosekongress, gehalten in Athen vom 6.—9. Mai 1909.**

Von Vorträgen, die die chirurgische Tuberkulose betrafen, wurden folgende gehalten:

Geruianos (Referent). „Ueber die chirurgische Tuberkulose überhaupt und insbesondere über die häufigeren Formen derselben in Griechenland."

A. Unter 4,793 chir. Kranken, die von 1903—08 im grössten Krankenhause Athens (Evangelismos) gepflegt wurden, befanden sich 634 (13,2%) chir. Tuberkulosen, worunter wiederum 481 (76%) Tub. der Knochen und Gelenke.

B. Unter 17,854 chirurgischen Kranken der Poliklinik desselben Kranken-



hauses befanden sich in dem gleichen Zeitabschnitt 2,138 (12%) chirurgische Tuberkulosen, worunter wieder 1,453 (68%) chir. Tub. der Knochen und Gelenke. Unter den chir. Tuberkulösen beider Kategorien war bei 310 (21,33%) die Wirbelsäule befallen, bei 265 (18,24%) das Kniegelenk, bei 266 (18,31%) das Hüftgelenk, bei 202 (14%) das Sprunggelenk, bei 96 (6,60%) das Handgelenk, bei 72 (5%) der Ellenbogen, bei 37 (2,5%) die Beckenknochen, und schliesslich bei 39 (2,68%) die Sehnenscheiden.

Was das Alter der Patienten betraf, so kamen zur Beobachtung 18% aller chir. Tuberkulösen im 1. Lebensdezennium, 38% im 2., 30% im 3., 8,6% im 4., 3,8% im 5., 1,28% im 6., und 0,64% im 7. Also der Zeitabschnitt zwischen dem 11.—20. Lebensjahr weist mehr als 1/3 der chir. Tub. auf, dann folgt das Alter zwischen dem 21.—30. Jahr, und in dritter Reihe kommt das Alter vom 1.—10. Jahr mit 18%. Daraus geht andererseits hervor, dass die chir. Tuberkulose zwischen dem 1.—30. Lebensjahr 86% aller Kranken dieser Gattung ausmacht.

Was das Geschlecht der Kranken betrifft, so verhielt sich bei diesen die chirurgische Tuberkulose des männlichen Geschlechts zu der des weiblichen, wie 69 : 31%.

G. zieht aus seiner Statistik den Schluss, dass die chir. Tuberkulose überhaupt, und speziell die der Knochen in Griechenland sehr verbreitet ist, und sehr schwer verläuft, infolge der unzweckmässigen hygienischen Lebensweise und der schlechten Prophylaxe der Gesunden einerseits, und der mangelhaften ärztlichen und sonstigen Pflege der von der Tuberkulose Betroffenen andererseits. Abgesehen davon hält G. den Verlauf der Knochentuberkulose in Griechenland im grossen ganzen eher für gutartig.

Die von ihm eingeschlagenen therapeutischen Massnahmen entsprechen den allgemein akzeptierten konservativen Regeln, mit den wenigen Ausnahmen derjenigen Fälle, die wegen ihrer Schwere zur Operation (89 totale Resektionen) gelangten.

Ueber 20% von der Knochentuberkulose machten die Spondylitiden, mitunter von schwerem Typus aus.

Drüsentuberkulose kam ungefähr in 20% aller Fälle der chirurgischen Tuberkulose vor.

Zum Schluss schlägt G., als für Griechenland zur Bekämpfung der chir. Tuberkulose sehr geeignet, Seehospize vor.

Prof. **Kalliontzis.** „Ueber Spondylitis in Griechenland." Er plaidiert für Anwendung der Wienerpaste, wenn möglich, im ersten Stadium der Krankheit, da er von ihrem Gebrauch gute Resultate gehabt hat, selbst ohne Gipsverbände (!) anzulegen.

Chrysospathes. „Ueber die Verbreitung der Knochentuberkulose in Griechenland und die gegen sie anzuwendenden prophylaktischen und therapeutischen Massregeln."

Vergleicht Ch. die 2,110 orthop. Kranken seiner Klinik, mit 583 (27,6%) von Knochentuberkulose Befallenen, mit denen von Höftmanns und Schanz's Statistiken, so findet er, dass die chir. Tub. in Griechenland um 16,8% die in Deutschland vorkommende übertrifft.

Von seinen Kranken litten 273 (12,9%) an Spondylitis, 215 an Tub. der unteren und 55 an solcher der oberen Extremitäten, schliesslich 40 an Drüsen- und Weichteiltuberkulose.



Auch hierbei findet er einen Ueberschuss von 8,5% bei der Spondylitis und 8% bei den übrigen chir.-orthop. Tuberkulosen gegenüber den deutschen Statistiken.

Dass die Knochentuberkulose in Griechenland sehr verbreitet ist, beweist Ch. ausser durch die oben angeführten Zahlen durch das relative häufigere Befallensein von Erwachsenen von derselben, durch die Schwere der Krankheit, das Vielfache der tub. Herde, und die Seltenheit des Sitzes. So stellte er 18,3% von Spondylitis Befallenen, die das 20. Jahr überschritten haben, zusammen, während die Spondylitiker von gleichem Alter in der viel grösseren Statistik von Wallstein nur 14,7% ausmachen. Dasselbe gilt für die Coxitiker, von welchen in seiner Statistik 7,2% das 24. Lebensjahr überschritten hatten, während dieselben Kranken von demselben Alter in der Statistik von Dollinger auf 6,4% kommen. Ebenfalls litten 26,9% von Ch.s Kranken an schweren Formen von Tub. und 10,8% trugen mehrere tuberkulöse Herde an ihrem Körper (bis zu 19 solchen Herden an einem Kranken gezählt).

Was schliesslich das Seltene der Lokalisation der Tub. betrifft, so diagnostizierte Ch. 7 mal Beckentuberkulose, 2 mal Tub. der Artikulatio sacroiliaca, 3 mal Tub. des Kreuzbeins, während in den Eingangs erwähnten Statistiken kein einziger solcher Fall erwähnt wird.

Und alles dies in einem Lande, wo die bäuerliche, fast das ganze Jahr im sonnigen Freien verbringende Bevölkerung die in den wenigen Industrien Griechenlands beschäftigte stark übertrifft.

Die Behandlung, die Ch. seinen chir. tuberkulösen Kranken zu Teil werden liess, war, bis auf wenige operative Ausnahmen, eine konservative, die sehr gute Resultate zeitigte.

Als erfolgversprechende, nicht teuere Vorbeugungsmittel schlägt Ch. seinen Landsleuten vor: Besserung der Haus- und Schulhygiene, Einführung der in Deutschland so viel Anklang findenden Ferienheime, das System der Wohnungsschwestern (zur Belehrung und Prophylaxe der Gesunden in Familien Tuberkulöser). Zur Behandlung der von Tub. Befallenen empfiehlt er die Asiles maritimes, die um so zahlreicher in Griechenland vertreten sein sollten, als seine Küsten von besonderer Mannigfaltigkeit und Schönheit sind.

Kokkoris erinnert daran, dass den meisten chir. Tuberkulösen in Griechenland dadurch schlechte Dienste geleistet werden, dass von unwissender Seite Einreibungen, Bewegungen und Aehnliches, also gerade das Gegenteil von dem, was ihre Heilung fördert, anempfohlen wird. Er will diesem Uebel durch Belehrung entgegensteuern.

Mermiga. An 2 Kranken, die er wegen chir. Tuberkulose erfolgreich operiert hat, versucht er zu erläutern, wann man bei der Knochen- und Drüsentuberkulose operativ vorgehen soll. **Chrysospathes**-Athen.

132) Sitzung der Niederländischen Orthopädischen Gesellschaft vom 27. Juni 1909.
Vorsitzender: Dr. Tilanus. Schriftführer: Dr. Laan.

Nach Behandlung verschiedener Fragen betr. die Gesellschaft und die Verhältnisse in der orthopädischen Praxis spricht Milo (Haag) über Plattfuss. Er beschreibt die Krankheit als schmerzhaften Zustand des Metatarsus und meint mit Scham, dass das Fussgewölbe einsinkt, wenn es über seine Tragfähigkeit belastet wird. Lorenz nimmt am Fuss zwei Gewölbe an und meint, dass die Insuffizienz von beiden bei den Schmerzen eine Rolle spiele, während



Jagerink im allgemeinen eine abnorme Beweglichkeit der Fussknochen als Ursache der Schmerzen ansieht. M. nennt den Valgus ein Symptom des pes planus und fasst das Fussgewölbe als Nischengewölbe auf, mit dem Cuboid als punctum fixum beim Einsinken, wobei durch Knickung nach der Innenseite der Sohle der Plattfuss entsteht.

Bei der Besprechung der Therapie beschreibt M. die von ihm mit Vorliebe angewandte Sohle, die indessen gegenüber den bekannten Modellen keine wesentlichen Unterschiede aufweist. Oefters hat M. indessen noch eine Manschette um den Vorderfuss mit vorzüglichem Erfolg angewandt und Kranke geheilt, denen auf anderem Wege nicht zu helfen war.

Laan (Utrecht) findet, dass die Plattfuss-Sohle gegenwärtig eine zu grosse Rolle spiele, es müsse mehr auf gutes Schuhwerk gesehen werden, auch die Strümpfe, meint er mit Girardot, seien von Einfluss. Laan hat sein 5 jähr. Söhnchen immer auf ganz einfachen selbstgemachten Tuchschuhen mit Ledersohle gehen lassen und demonstriert eine, seit einem Jahr benutzte Sohle. Interessant ist es zu sehen, wie die Sohle abgenutzt ist. An der grossen Zehe findet man ein Loch, am Fussgewölbe an den Köpfchen der 2. 3. und 4. Metatarsalknochen kaum einige Abnutzung.

Tilanus (Amsterdam) meint, dass die exakte Sohlenbehandlung jedenfalls in erster Reihe stehen muss, aber nicht in allen Fällen Heilung bringt. Gute Schuhe sind von grosser Bedeutung, auch Uebungen (Gehen in Varusstellung!) und bei pes contractus Gipsverbände nach Moulage in Narkose. Die Sohlen sollen nicht zu starr gemacht werden und so, dass der Fuss nicht zu viel abgleitet, auch meint T., dass ein Sporn seitlich von der Sohle zu vermeiden ist. Nötig ist die Anfertigung von Gipsmodellen nach Hoffa-Lengfellner.

Tilanus-Amsterdam.

133) **Artom di Sant'Agnese.** Osteomalacia e rachitide. (XV. Congresso della Soc. ital. di ostetricia e ginecologia. Roma 28.—30. ott. 1909.)

Redner hat in 7 neuen Fällen von Osteomalazie bakteriologische Untersuchungen mit sechs positiven Resultaten ausgeführt. Die in 3 Fällen versuchte Reaktion von Bordet und Gengou wies nicht die Anwesenheit von spezifischen Antikörpern im Blutserum der Kranken nach. Der Index opsonicus war zuweilen bedeutend herabgesetzt; er nimmt zu mit der progressiven Besserung nach Impfung nach Wright, die Verfasser im Verein mit Arcangeli in 12 Fällen mit gutem Erfolg versuchte.

Aus den rachitischen Kindern in vivo entnommenen Knochen erzielte e dreimal auf vier Entwicklung eines morphologisch dem der Osteomalazie ähnlichen Mikroorganismus. Mit einem mit diesem Keim bereiteten Impfstoff hat er mit promptem Erfolg drei rachitische Kinder behandelt. Experimentell rief er durch Einimpfung des Keimes selbst in erwachsene Ratten Knochenläsionen hervor, die den mit dem Diplococcus der Osteomalazie erhaltenen analog waren.

Redner macht auf die Bedeutung aufmerksam, die diese Beobachtungen für die Prophylaxe und die Behandlung der Rachitis und Osteomalazie werden haben können, falls sie durch Untersuchungen an einem grösseren Material bestätigt werden.

Buccheri-Palermo.

134) **B. Morpurgo.** Patologia delle ossa. (Congresso della Soc. ital. di patologia. ottobre 1909.)

Red. weist nach, 1. dass die kalkfreie Substanz bei Osteomalazie und der Rachitis zum Teil durch Alisteresis erzeugt wird.



2. Die Zerstörung der Knochensubstanz bei der Osteomalazie und Rachitis kann ohne Eingreifen von Osteoklasten erfolgen. Die ausgebuchteten Linien an der Grenze zwischen kalkfreier und verkalkter Substanz sind nicht in allen Fällen als Spuren der lakunären Resorption zu betrachten.

3. Die in die verkalkte Substanz eingeschlossene kalkfreie Substanz der osteomalazischen Knochen ist wahrscheinlich erzeugt durch eine veränderte Funktion der Knochenzellen und entsteht jedenfalls nicht durch die diffuse Wirkung zirkulierender Flüssigkeiten.

4. Rachitis und Osteomalazie sind mehr oder weniger differente Kundgebungen des nämlichen Prozesses.

5. Die Alterationen des in Verknöcherung befindlichen Knorpels der Rachitiker sind ursprünglich nicht von hyperplastischer Natur; sie sind abhängig von dem Defekt der provisorischen Verknöcherung.

6. Die kalkfreie Diät erzeugt nicht die Bilder der Osteomalazie und der Rachitis, sondern das der Osteoporosis. Die Knorpelalterationen der im Wachstum begriffenen und einer kalkarmen Diät unterzogenen Tiere können Rachitis vortäuschen, entsprechen dieser aber nicht in ihrem Wesen.

Buccheri-Palermo.

135) **Dejouany.** Société de médecine militaire française. 18. 11. 09. (Gaz. des hôpitaux 1909. Nr. 136.)

Behandlung der habituellen Schulterluxation.

Jede frische Luxation sollte nach der Einrenkung 4—8 Tage fixiert werden, dann Massage und Bewegungen.

Rezidiviert die Luxation, so kann die Heilung nur durch einen operativen Eingriff erreicht werden: bei gleichzeitiger schwerer Verletzung des Humeruskopfes Resektion desselben, sonst Kapsuloraphie oder Kapsuloektomie.

Ewald-Hamburg.

Personalnotizen.

Bologna: Dr. Putti, langjähriger Assistent an Istituto Rizzoli, hat sich für Orthopädie habilitiert.

Med.-Rat Dr. v. Roth, der älteste deutsche Orthopäd, ist gestorben.



Oedeme und Gefässkompression. — 36) **Peckham,** Arthritis villosa. — 37) **Lexer,** Gelenktransplantation. — 38) **Rochard** et **Champtassin,** Muskelatrophien. — 39) **Gardner,** Volkmann'sche Deformität. — 40) **Painter und Clarke,** Myositis ossificans. — 41) **Bardenheuer,** Myotomie und Myoraphie. — 42) **Abetti,** Myelomes. — 43) **Römer,** Epidemische Kinderlähmung. — 44) **Knöpfelmacher,** Poliomyelitis anterior acuta. — 45) **Landsteiner,** Aetiologie der Kinderlähmung. — 46) **Vieten,** Spinale Kinderlähmung. — 47) **Hohmann,** Frühstadium der Poliomyelitis. — 48) **Wilson und Muschlitz,** Raynaudsche Krankheit. — 49) **González,** Sauerstoffeinblasung. — 50) **Kron,** Nervenlähmungen. — 51) **Fuchs,** Myelodysplasie. — 52) **Hindenberg,** Faradisation. — 53) **Pescatore,** Atemübungen. — 54) **Allison,** Lagerungsapparat. — 55) **Chlumsky,** Wanderniere. — 56) **Orestano,** Läsion des Facialisstammes. — 57) **Purpura,** Facialislähmung. — 58) **Böhm,** Angeborener Schiefhals. — 59) **Frisch,** Therapie des Schiefhalses. — 60) **Buccheri,** Myelocystocele. — 61) **Tumminia,** Spondylitis rizomelica. — 62) **Giordano,** Ostitis rarefaciens. — 63) **Gaugele,** Spondylitische Lähmungen. — 64) **Ewald,** Entstehen der Skoliose. — 65) **Sellheim,** Rotation der Wirbelsäule. 66) **Kirmisson,** Skolioseninstitut. — 67) **Fitsch,** Gelenkläsion. 68) **Bardenheuer,** Lähmung des plexus cervicalis. — 69) **Peltesohn,** Schlüsselbeinpseudarthrosen. — 70) 71) **Heinecke,** Schlüsselbeindefekt. — 72) **Couteaud,** Clavikularfraktur. — 73) **Goldthwait,** Schultererkrankungen. — 74) **Bernhardt,** Schulterarmlähmung. — 75) **Hofmann,** Extensionsschiene. — 76) **Ledderhose,** Ruptur des Bizeps brachii. — 77) **Carrasco,** Sarkom des Oberarms. — 78) **Dollinger,** Ellenbogenverrenkungen. — 79) **Nehrkorn,** Vorderarmkontraktur. — 80) **Maffi,** Osteoplastische Resektion. 81) **Lieblein,** Verwachsung der Vorderarmknochen. — 82) **Granier,** Brüche von Handwurzelknochen. -- 83) **Lange,** Verletzungen der Handwurzelknochen. — 84) **Leriche,** Madelung's Deformität. — 85) **Hilgenreiner,** Fingergelenksankylose. — 86) **Sainz,** Masini'sche Zeichen. — 87) **Schloffer,** Luxation der Streckaponeurose. — 88) **Heschelin,** und **Schapiro,** Hüftgelenksluxation. — 89) **Frangenheim,** Osteoarthritis deformans. — 90) **Savini-Castano,** Coxa vara infantum. — 91) **Imminger,** Schenkelhalsfraktur. — 92) **Borchard,** Operative Behandlung derselben. — 93) **Ortali,** Hygrom der Bursa trochanterica profunda. — 94) **Tumer,** Hüftluxation. — 95) **Saxl,** Trendelenburg'sches Phänomen. — 96) **Küster,** Hüftgelenksverrenkung. — 97) **Rizzuto,** Exartikulation. — 98) **Gil,** Extraperitoneale Kompression der Arteria iliaca. — 99) **Zancarini,** Oberschenkelbrüche bei Neugeborenen. — 100) **Siecker,** Stichverletzung des Nervus ischiadicus. — 101) **Preiser,** Callusbildung. — 102) **Offergeld,** Luxatio genu lateralis. — 103) **Andò,** Arthritis deformans. — 104) **Stretti,** Bewegliche Gelenkkörper. — 105) **Zander II,** Genu valgum. — 106) **Goyanes,** Genu valgum mit Anästhesie. — 107) **Peltesohn,** Genu recurvatum. — 108) **Romano,** Osteotomie. — 109) **Dalla Vedora,** Luxation der Kniescheibe. — 110) **Eloesser,** Schienenhülsenapparat — 111) **Vulpius,** Kniegelenk für künstliche Beine. — 112) **Krebser,** Fibuladefekte. — 113) **Schrecker,** Unterschenkelbrüche. — 114) **Mocquot** et **Caraver,** Unterschenkelfrakturen. — 115) **De Francesco,** Implantation der Fibula. — 116) **Tubby,** Geschwulst unterhalb des Sustentaculum tali. — 117) **Rais,** Kalkaneusfraktur. — 118) **Reclus** et **Schwartz,** Exostosen des Kalkaneus. — 119) **Madelung,** Luxatio medio-tarsea completa. — 120) **Frank,** Fussgelenktuberkulose. — 121) **Froelich,** Metatarsus varus. — 122) **Kirchner,** Klumpfuss. — 123) **Röpke,** Angeborener Klumpfuss. — 124) **Blanc,** Klumpfuss. 125) **Milo,** Spreizfuss. — 126) **Becker,** Insuffizienz des Fusses. — 127) **Deutschländer,** Traumatischer Plattfuss. — 128) **Gaugele,** Heilung der Fussschmerzen. — 129) **Cook,** Schuhwerk. — 130) **le Clerc,** Hallux valgus. —

Aus Kongress- und Vereinsberichten: 131) **Erster griechischer Tuberkulosekongress gehalten in Athen vom 6.—9. Mai 1909.** — 132) **Sitzung der Niederländischen Orthopädischen Gesellschaft vom 27. Juni 1909.** — 133) **Artom di Sant'Agnese,** Osteomalazie und Rachitis. — 134) **B. Morpurgo,** Pathologie der Knochen. — 135) **Dejouany,** Behandlung der habituellen Schulterluxation.

Personalnotizen.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. Dr. **O. Vulpius** in Heidelberg, Luisenstr. 1—3, oder an die Verlagsbuchhandlung **S. Karger** in Berlin NW 6, Karlstr. 15, einsenden.

Zentralblatt

für

Chirurgische und mechanische Orthopädie

einschliesslich der gesamten Heilgymnastik und Massage.

Redigiert von **Prof. Dr. O. Vulpius** in Heidelberg.

Verlag von **S. Karger in Berlin** NW., Karlstrasse 15.

Monatlich erscheint ein Heft im Umfang von 48 Seiten. Preis des Jahrgangs Mk. 15,—. Zu beziehen durch die Post und durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes.

Bd. IV. **Mai 1910.** **Heft 5.**

1) **Weinzierl.** Ein Beitrag zur Kasuistik der Chondrodystrophia foetalis. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 51. 138.)

Beschreibung des klinischen und röntgenographischen Befundes eines 17 monatlichen Kindes mit Mikromelie. Abgesehen von den charakteristischen Proportionsanomalien erscheint der Röntgenbefund wichtig. Die Röhrenknochen erscheinen plump und gedrungen, so dass z. B. die Phalangen fast quadratische Form annehmen. Die Epiphysen sind in toto hyperplastisch, so dass sie von dem periostalen Knochen umwuchert werden; es entsteht dadurch eine Verbreiterung des Epiphysenendes, in welchem die Epiphysenlinie in unregelmässigem Bogen verläuft. An anderen Stellen finden sich pilzartige periostale Knochenwucherungen an der Epiphysenlinie. Es lässt sich also im Röntgenbild die anatomische Diagnose auf Chondrodystrophia hyperplastica (Kaufmann) stellen, da eine Hemmung des epiphysären Knorpelwachstums besteht, bei normaler oder eher gesteigerter periostaler Knochenentwicklung. Dieser Umstand lässt sich zur Differentialdiagnose des Röntgenbildes gegen Rachitis verwenden. Ueber Aetiologie und Therapie werden neue Gesichtspunkte nicht gebracht.

Hoffmann-Heidelberg

2) **G. Ahreiner.** Ueber zwei seltene Formen angeborener Gelenkankylose. (Bruns Beitr. z. kl. Ch. 65. Bd. II. H. p. 462.)

Verf. teilt aus der chirurgischen Klinik in Strassburg einen Fall von doppelseitiger knöcherner Ankylose der Kiefergelenke mit konsekutiver Mikrognathie mit, der wegen der Doppelseitigkeit, der sofortigen Beobachtung nach der Geburt und dem Fehlen jeglicher Entzündung oder eines Geburtstraumas sicher als kongenital gedeutet werden muss. Nach einem von Perthes beschriebenen Fall



ist dies erst der 2. sicher kongenitale. — Weiterhin beschreibt Verf. einen Fall kongenitaler doppelseitiger Synostose der oberen Gelenkenden von Radius und Ulna. Beide Arme sind in ausgesprochener Pronationsstellung fixiert. Solche Fälle sind schon mehrfach beobachtet, aber häufig wegen der Aehnlichkeit des klinischen Bildes als Radiusdefekt im oberen Drittel aufgefasst worden. Das Röntgenbild gibt die Möglichkeit einer exakten Diagnose.

Balsch-Heidelberg.

3) **Trumpp.** Beiträge zur Kenntnis der akuten Knochen- und Gelenkentzündungen im Säuglingsalter. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 51. 91.)

Aus der Beobachtung dreier Fälle von eitriger Entzündung der Epiphysengegend im Säuglingsalter von 4 Wochen bis zu 2 Monaten kommt der Verfasser zu der Ansicht, dass die Prognose auf Spätstörung aus dieser Erkrankung nicht so günstig anzunehmen sei, wie bisher gebräuchlich. Zum Beleg dienen Röntgenbilder, die starke Verwerfung des Epiphysenwachstums in der späteren Kindheit darbieten.

Als Epiphysitis traumatica wird ein Krankheitsbild an einem 14monatlichen Kinde beschrieben, das im Anschluss an ein die Füsse treffendes Trauma zu Anämie, allgemeiner Hyperästhesie, Unruhe, Fieberanfällen und Darmstörung führte, später zu teigiger Anschwellung an den Sprunggelenken, welche an einem Bein erst fünf Wochen nach dem Trauma auftrat. Unter Ruhigstellung der Beine im Gipsverband verschwanden die Beschwerden in wenigen Tagen. Das Röntgenbild zeigt eine Verdichtung des der Verkalkungslinie des Epiphysenknorpels angehörigen Schattens, auf der einen Seite Verschiebung der Epiphyse. Die Markraumzone der Diaphyse zeigt auffallende Aufhellung.

[Das Röntgenbild entspricht durchaus dem bei Morbus Barlow charakteristischen Befund, die vom Verfasser gewünschte Nachprüfung, ob der Befund für traumatische Epiphysitis regulär ist, wäre auch für die Barlow'sche Krankheit wünschenswert. [Der Refer.]

Hoffmann-Heidelberg.

4) **Oehlecker.** Zur Kasuistik und zur Behandlung neuropathischer Gelenkerkrankungen. (Bruns Btrge. zur klin. Chir. 65. Bd. 1. H. p. 63.)

Einen eigenartigen Fall doppelseitiger Fussgelenk- und Fusswurzelerkrankung konnte Verf. im Hamburg-Eppendorfer Krankenhaus beobachten. Durch das klinische Bild sowie die patholog. anatom.



Untersuchung des durch Pirogoffsche Amputation gewonnenen Präparates konnte jeder andere Knochenprozess (Tuberkulose, Osteomyelitis, Lues, Arthritis deformans) ausgeschlossen und der Befund nur als dem der neuropathischen Osteo- und Arthropathien entsprechend gedeutet werden. Tabes und Syringomyelie konnten ätiologisch vollkommen ausgeschlossen werden, ebenso die etwas selteneren Ursachen — Verletzung des Rückenmarks, Spina bifida, Verletzung peripherer Nerven —, sodass Verf. eine angeborene Anomalie des Lendenmarks, Hydromyelus congenitus, als Ursache annimmt. — Die in diesem Falle mit bestem Erfolge ausgeführte doppelseitige Pirogoffsche Amputation, ebenso wie eine einseitige in einem beigefügten Fall typischer tabischer Fussarthropathie veranlassen Verf. für eine operative Behandlung der Arthropathien in geeigneten Fällen einzutreten. Ein wichtiges Moment für die Heilung sieht er bei allen Operationen neuropathischer Arthropathien in der mit allen Mitteln erstrebten Konsolidation der Knochen

Balsch-Heidelberg.

5) **Léon Bernard.** Le traitement de l'ostéomalacie par l'adrénaline. (La presse médicale, Nr. 93. 1909.)

Seit der ersten Veröffentlichung von Bosse im Jahre 1907, wo er die Heilung der Osteomalacie durch Adrenalin anzeigt, sind mehrere einschlägige Publikationen erschienen, in welchen verschiedenartige Erfolge mit dem betreffenden Mittel zur Kenntnis gebracht werden. Im ganzen sind etwa 20 derartige Fälle in der Litteratur, so dass die Kasuistik noch eine geringe genannt werden muss.

Der Verf. führt nun einen solchen Fall, ein 38 jähriges Mädchen betreffend an, in welchem durch Adrenalin sehr gute Erfolge erzielt werden konnten und zwar: Aufhaltung der krankhaften Erscheinungen, Heilung der Knochen, Geraderichtung der Verkrümmungen, Verschwinden der Schmerzen und Rückkehr des funktionellen Vermögens.

Die Behandlung bestand in subkutanen Einspritzungen von je 1 cc einer 100⁰/₀ Lösung von Adrenalinum chlorhydricum, die jeden zweiten Tag durch 3 Monate wiederholt wurden. Nach kurzer Pause wurden die Einspritzungen wieder aufgenommen, aber nur jeden dritten Tag gemacht, zeitweilig aber auch jeden zweiten Tag, falls die Schmerzen wiederkehrten. Die Erfolge des Adrenalins zeigten sich aber in deutlicher Weise erst nach der 30. Einspritzung.

Die guten Erfolge, welche man also bis nun mit diesem Mittel erzielt hat, machen es zur Pflicht, dasselbe in allen Fällen von Osteomalazie anzuwenden.

E. Toff-Braila.



6) **H. A. Laan** (Utrecht). Behandeling der Kinderverlamming der beenen. (Nederlandsch Tydschrift voor Geneekunde II. Teil Nr. 20. 13. Nov. 1909.)

Nachdem Nicoladoni 1880 bei einem Paralytiker die Sehnentransplantation versucht hat, haben später Drobnik, Tilanus, Vulpius, Hoffa und viele andere über diese Operation berichtet. Man hat indessen, sagt Laan, zuviel von derselben erwartet, ein bestimmter Wert ist ihr aber entschieden zuzuerkennen. Der Operation soll immer ein Redressement der eventuellen Deformität vorangehen. L. zieht bei seiner Operation die Naht von Sehne auf Sehne vor, die periostale Transplantation nach Lange ist ihm nicht sympathisch. Für sehr wertvoll hält er die Sehnenverkürzung nach Hoffa. Wenn man mit Sehnentransplantation nicht zum Ziel kommt, soll Arthrodese oder Fasciodese hinzugefügt werden.

Zur Sehnenfixation (Tenodese) nach Tilanus hatte L. keine Gelegenheit.

Durch die Beschreibung (teilweise mit Bildern) von 23 operierten Fällen beweist er die Nützlichkeit der Methoden, die mit Vorsicht ausgewählt werden sollten. Es geht daraus hervor, dass L. ausser Sehnentransplantationen auch viel plastische Sehnenoperationen — Sehnenverlängerung und -Verkürzung angewandt hat. Die Redressements hat L. meines Erachtens zu oft (Ref.) blutig ausgeführt. Seine Resultate sind indessen sehr gute. Auch ein paar Kriechern hat L. auf die Beine geholfen. Unter den Patienten waren Kinder und ältere Personen.

Mit der Beschreibung seiner Fälle will L. nicht nur beweisen. dass man durch Kombination verschiedener operativer Methoden gute Resultate erzielen kann, sondern auch darauf hinweisen, dass jeder Fall an sich zu beurteilen ist und stets aufs Neue überlegt werden muss, was im gegebenen Falle, das Beste ist.

Tilanus-Amsterdam.

7) **Adolf Lorenz.** Einfluss der Entspannung auf gelähmte Muskeln. (Prager med. Wochenschr. 1910. Nr. 1.)

In Form eines Autoreferates über seinen auf der letzten Naturforscherversammlung gehaltenen Vortrag tritt L. dafür ein, die Sehnenüberpflanzung erst dann vorzunehmen, wenn nach vorhergegangener Korrektur einer (paralytischen) Deformität (mit Uebertreibung bis zum Gegensatz) trotz mehrmonatlicher Entspannung keine oder eine ungenügende Funktion der früher konvexseitigen Muskeln zu konstatieren ist.

C. Springer-Prag.



8) **M. Kirschner.** Ueber freie Sehnen- und Fascientransplantation. (Bruns Beitr. z. kl. Chir. 65 Bd. II. H. p. 472.)

Verf. hat an der Greifswalder chirurg. Klinik umfassende Tierversuche gemacht über die Transplantationsfähigkeit von Sehnen und Fascien. Die Ergebnisse sind in 4 Gruppen eingeteilt.

1. Transplantation von Sehnen ohne funktionelle Beanspruchung in einen Muskelkanal. Die Sehnen bleiben teilweise lebensfähig, teilweise nekrotisieren sie.

2. Transplantation von Sehnen bei funktioneller Inanspruchnahme. Die frei transplantierten Sehnen sind imstande, andere funktionell zu ersetzen, doch besteht Neigung zu allmählicher Verlängerung.

3. Fascientransplantation. Fascien bleiben in ganzer Ausdehnung am Leben, wenn sie ohne funktionelle Belastung frei transplantiert werden.

4. Fascientransplantation mit funktioneller Belastung dieser Gruppe kommt die grösste praktische Verwertbarkeit zu, da sie verschiedene Vorzüge vor anderem Transplantationsmaterial hat, so lassen sich mit Fascien Sehnennähte und -plastiken ausführen, schwache Stellen bei Sehnennaht lassen sich dadurch sichern. Wandplastiken (Bauchdecken, Peritoneum, Dura etc.) sind damit gelungen und wurde Hernienbildung vermieden. Bei der Naht von parenchymatösen Organen (Leber) kann Fascie verwendet werden, um das Durchschneiden der Nähte zu verhindern und gleichzeitig durch Kompression zu wirken. Ebenso ist Fascie verwertbar, um die Ankylose nach orthopäd. Gelenkresektionen zu verhüten.

Die Anordnung und die einzelnen Ergebnisse dieser interessanten Versuche sind im Original nachzulesen. **Balsch**-Heidelberg.

9) **V. Chlumsky.** O lécéni chirurgieké tuberkulosy. (Die Behandlung der chirurgischen Tuberkulose.) (Casopis lékarier cèskych 1910. Nr. 3.)

Vortrag für praktische Aerzte mit kurzer Uebersicht der chirurgischen Behandlung, Betonung des konservativen Standpunktes und der Wichtigkeit der Allgemeinbehandlung. **C. Springer**-Prag.

10) **Reich.** Ueber Vergiftung durch Becksche Wismutpasten-Behandlung. (Bruns Beiträge zur klin. Chir. 65. Bd. 1. H. p. 184.)

Verf. veröffentlicht einen Fall von letaler Wismutvergiftung nach Injektion von 25 ccm. Beckscher Bi-paste in einen von Appendicitis ausgegangenen Douglasabzess. Es ist dies der 6. bekannt



gewordene Vergiftungsfall bei der Beckschen Behandlungsart. Das Krankheitsbild ist das der Nitritvergiftung mit Zersetzung des Blutes, Bildung von Methämoglobin, und der dadurch bedingten parenchymatösen Degeneration in den verschiedensten Organen, wie sie bisher nur bei interner Verabreichung von Bi-subnitric. beobachtet wurde. Die bisher bekannten Fälle von Vergiftung bei der Beckschen Methode hatten mehr das Bild der Metallvergiftung geboten. Die in intraabdominellen Abszesshöhlen sicher vorhandene Darmflora mag nach Verf. Schuld an dem Auftreten der Nitritbildung gewesen sein. Verf. warnt daher dringend vor Anwendung der Beckschen Wismutpaste bei intraabdominellen Abszesshöhlen und rät auch in allen anderen Fällen zu sorgfältiger Ueberwachung. **Balsch**-Heidelberg.

11) **Heermann.** Ueber Zug und Druck in der Krankenbehandlung mit Demonstration neuer Methoden und mediko-mechanischer Apparate.

Medizin. Klinik. Nr. 11. 09.

Verf. hat 4 Systeme angegeben, die in jedem Krankenzimmer improvisiert werden können.

1. Verbindung des langen Hebelarms mit Gummizug, z. B. für den Fuss eine Unterschenkelschiene, im Gelenk ein Fussbrett, daran ein langer Stock, der als Hebelarm eine beliebig grosse Kraft entfalten kann, und daran eine lange Schnur von Paragummi, welche die Kraft des Hebelarms stetig und dabei weich und sanft wirken lässt.

2. Prinzip der Schaukel, das sich leicht in Form eines vergrösserten Tintenlöschers herstellen lässt. Dieses lässt sich für alle Gelenke modifizieren. Für Schultergelenk und Ellenbogen hat H. an die Schmalseiten eine Leiter gesetzt.

3. Bewegung der Hand und Fingergelenke, in der Weise, dass Hand und Finger fixiert sind, während der Unterarm auf- und niedergeht.

4. Fussbewegung durch rollende Gewichte, die sich in einem Eisenrohr unter dem Schuh vor- und rückwärts bewegen.

Ferner empfiehlt Verf. bei Nervenerkrankungen einen stetigen sanften Zug. Zur Anwendung des elastischen Druckes benutzt Verf. die unelastische Kambrikbinde, unter die er auf die geschwollenen Partien Kompressen, Watte, meistens Gummischwämme legt. Er verwendet dieses Verfahren bei Hydrops genu, Neuralgien, zur Erweichung von Narben, bei Kontrakturen der Finger, Mittelfuss-



knochenbrüchen, Skoliosen zum Druck auf Rippenbuckel, zur Kompression von Fisteln etc. **Meyer**-Heidelberg.

12) **K. Taskinen** (Helsingfors). Das Reiben mit Schnee in Verbindung mit der Massage. (Zeitschrift für physikalische und diätische Therapie Bd. 13. H. 7. 439.)

T. kombinierte bei Neuralgien, Muskel- und Gelenkrheumatismen sowie bei verschiedenen Lähmungen Abreibungen mit Schnee mit Massage und heilgymnastischen Uebungen. Er verfuhr folgendermassen: Die erkrankte Stelle wurde 1—3 Minuten lang in raschem Tempo mit Schnee auf- und abgerieben, darnach schnell abgetrocknet, mit dem Unterkleid bedeckt und mit Petrissage oder Friktionsmassage durch die Kleidung hindurch behandelt. An diese Proceduren schlossen sich die gymnastischen Uebungen an.

Es wurden fast ausschliesslich akute Fälle, bei denen die Schmerzen im Vordergrund der Erscheinung standen, behandelt. Unter 42 Fällen zeigten 4 keine Besserung, bei dem Rest war ein sichtlicher Erfolg zu verzeichnen.

Die Hauptwirkung der Methode liegt darin, dass sie wie keine andere die Schmerzen stillt. (Ischias!) Diese schmerzstillende Wirkung führt Verf. auf die kräftigen thermischen und mechanischen Reize, die die Methode setzt, zurück. **A. Stoffel**-Heidelberg.

13) **Muskat** (Berlin). Orthopädie und Schule. (Zeitschrift für Schulgesundheitspflege 1909. Nr. 4. und 5.)

Die Arbeit gibt einen umfassenden Ueberblick über die Frage der Wirbelsäuleverkrümmungen vom Standpunkt des Schulhygienikers. Nach anatomischen und physiologischen Vorbemerkungen über den Aufbau und die Bewegungen der normalen Wirbelsäule bespricht Verf. zunächst die verschiedenen Formen der Verkrümmungen und ihre Entstehung. Von besonderem Interesse und deswegen auch am breitesten behandelt ist die in der Schule am häufigsten beobachtete seitliche Verbiegung, die Skoliose. Sie ist entweder angeboren, beruhend auf einer numerischen Variation der Wirbelsäule, oder sie ist durch Krankheiten erworben, die eine Störung in den statischen Verhältnissen der Wirbelsäule bedingen (Rachitis in erster Linie). Die wichtige Frage, ob die Skoliose eine in der Schule erworbene (Belastungs-) Deformität darstellt, wird verneint, wenngleich ein die Entstehung bezw. Verschlimmerung von Verbiegungen der Wirbelsäule begünstigender Einfluss des Schullebens nicht geleugnet werden kann. Die grossen Differenzen der statistischen Angaben über die Häufigkeit der Schul-Skoliose be-



weisen zur Genüge, welche Unklarheit und Verworrenheit z. Z. noch die ganze Frage beherrscht. Es fehlt hier, meiner Ansicht nach, an präzise formulierten Definitionen als der Grundlage einer brauchbaren und vergleichbaren Statistik. Erst eine grosszügig angelegte, auf fest bestimmten Vereinbarungen beruhende, die ganze Schulzeit hindurch an ein und demselben Schülermaterial fortgesetzte Beobachtung wird eine befriedigende Lösung der Frage bringen, inwieweit die Schule für die Entstehung der Skoliose verantwortlich gemacht werden muss und ob bezw. inwieweit sie demgemäss auch zur Behandlung des Uebels verpflichtet ist. Verf. bezeichnet jetzt schon die systematische Behandlung der Wirbelsäuleverkrümmungen durch die Schule als eine unbedingte Notwendigkeit, zu der die Schule gewissermassen moralisch verpflichtet sei. Er weist auf die diesbezüglichen Versuche hin, die in Düsseldorf, Charlottenburg, Sonneberg und anderen Orten mit gutem Erfolg gemacht worden sind, und empfiehlt dann die obligatorische Einführung von orthopädischen Sonderturnstunden unter der Leitung orthopädisch ausgebildeter Lehrer. Zum Schluss bringt er noch eine genaue und ausführliche Darstellung der einschlägigen orthopädischen Behandlungsmethoden. Wimmenauer-Mannheim.

14) **Friedemann** (Schöneberg). Zur Frage des Mädchenturnens. (Zeitschrift für Schulgesundheitspflege 1909. H. 7.)

In den „Mitteilungen" bringt F. zur Frage des Mädchenturnens einen etwas eigenartigen und darum beachtenswerten Vorschlag. Er ist der Ansicht, dass bei der jetzt üblichen turnerischen Grundstellung mit aneinander stehenden Hacken und durchgedrückten Knieen ein ungünstiger Druck auf das weibliche Becken ausgeübt wird, und dass beim Marschieren mit auswärts zeigenden Fussspitzen der physiologischen Genu-Valgumstellung der weiblichen Beine Vorschub geleistet und die Ausbildung der Plattfussstellung begünstigt wird. Er fordert demnach folgende Grundstellung und Marschvorschrift: „Die Füsse stehen fast parallel etwa 5 cm. auseinander; die Hacken berühren sich nicht, die Knieen werden nicht durchgedrückt. Beim Marschieren wird das Hangbein leicht gekrümmt; der Unterschenkel mit heruntergedrückter, fast nach vorn zeigender Fussspitze vorgestreckt. Wenn sich das Körpergewicht nach vorn vorschiebt, wird der Fuss flach und leicht auf den Boden gesetzt." Ich wage die praktische Bedeutung des gewiss auf recht beachtenswerten theoretischen Ueberlegungen beruhenden Vorschlages stark anzuzweifeln. Mir ist wenigstens bis jetzt noch nichts davon bekannt



geworden, dass seit der Einführung des Mädchenturnens in der Schule bei diesen die Pes-planus-Stellung zugenommen hätte, oder gar für den Geburtsvorgang hinderliche Deformitäten des weiblichen Beckens beobachtet worden wären. Es müssen demgemäss erst einwandfreie Beweise für die Richtigkeit der aufgestellten Theorie gefordert werden, die sich allerdings nicht so leicht werden beibringen lassen.

Wimmenauer-Mannheim.

15) **v. Criegern.** Ueber Bauchmuskelgymnastik. (Zeitschr. für phys. und diät. Therapie Bd. 13. H. 7. S. 348.)

Cr. gibt Uebungen an, die im Originalartikel nachzulesen sind, und die bei folgenden Krankheitszuständen Anwendung finden: Fettansammlung an den Bauchdecken bei beiden Geschlechtern; überdehnte Bauchdecken; Enteroptose, Nephroptose, Gastroptose und Coloptose; Obstipation; lordotische Albuminurie; Kreislaufstörungen.

Die Bauchmuskelgymnastik konkurriert einerseits mit der Bauchmassage, andererseits mit der Leibbindenbehandlung.

A. Stoffel-Heidelberg.

16) **Ejnar Nyrop** (Kopenhagen). Om Anvendelsen af et nyt Princip ved Behandlingen af Columnas Deformiteter. (Ugeskrift for Laeger. Aug. 09. Nr. 31. Pag. 881—888. Fig.)

Unzufrieden mit der Kyphosen- und Skoliosenbehandlung, deren Erfolge seit Jahren immer schlechter geworden seien, empfiehlt Verf. einen von Ernst Nyrop konstruierten „absolut wirkenden Apparat“, durch den die „Anwendung eines neuen Prinzips bei der Behandlung von Wirbelsäulen-Deformitäten“ eingeführt sei. Der Aufsatz ist nur eine „vorläufige Mitteilung“. 13 Abbildungen zeigen Konstruktion, Verwendung und Erfolge. Der Apparat soll dadurch wirken, dass der interkapsuläre Teil der Wirbelsäule nach vorn, die Schultern durch Stahlfedern nach hinten gedrückt werden. Der „Stamm“ ist eine T-förmige Stahlfeder, die von oben der Wirbelsäule folgend, nach unten die Lumballordose überbrückend am Kreuzbein endet und an einem elastischen Beckengürtel befestigt ist. Am unteren Teil der „Stammfeder“ sind zwei dünne Stahlfedern befestigt, welche den Thoraxseiten folgend, unter den Achselhöhlen weg, die Schultern von vorne angreifen.

„Bei Kyphosen kann der Apparat als völliger Ersatz für alle speziellen Schulbänke benutzt werden, weil er eine absolut freie und natürliche Haltung gibt.“

Panum-Kopenhagen.



17) **H. C. Homann** (Kopenhagen). Om det saakaldte nye Princip i Behandlingen af Columnas Deformiteter. (Ugeskrift for Laeger, Aug. 1909. Pag. 938—942.)

Verf. kritisiert vorstehend referierten Artikel von Ejnar Nyrop (Ugeskrift for Laeger Aug. 1909) über einen neuen Apparat für Kyphosen- und Skoliosenbehandlung, durch den ein neues Prinzip eingeführt sein soll. Verf. behauptet, der Apparat sei eine Modifikation des alten Nyropschen Rückenhalters; Hoffa habe dasselbe Prinzip benutzt. (s. Hoffas Handbuch 1. Ausg. Fig. 170.) Die Empfehlung Nyrops, Kyphosenund Skoliosen mittels des Apparates allein zu behandeln, sei eine Geringschätzung der funktionellen Behandlung. **Panum**-Kopenhagen.

18) **W. Neumann.** Zur operativen Behandlung der Spondylitis tuberculosa. (Bruns Beitr. z. kl. Chir. 65. Bd. II. H. p. 446.)

Verf. weist auf die Wichtigkeit der prävertebralen Abszesse für das Zustandekommen der Lähmungen-Kompression des Rückenmarkes bei der Spondylitis tuberkulosa hin. Namentlich bei der Brustwirbelsäule stehen diese Abszesse, die sich dort nicht ausdehnen können, unter einem starken Druck und springen nach Zerstörung des Wirbelkörpers in den Rückenmarkskanal divertikelartig vor. Die Entleerung und Drainage dieser Abszesse durch die „Costotransversektomie“ (Resektion von 1—2 Prozess. transversi und des angrenzenden Rippenstückes) kann in vielen Fällen Heilung bringen, die schon vergeblich laminektomiert wurden. Die Laminektomie soll daher nur in älteren Fällen von Lähmungen gemacht werden, wo sekundäre Veränderungen im Wirbelkanal zu erwarten sind und kein Abszess vorhanden ist. Bei Abszess kann Laminektomie mit Drainage des Abszesses kombiniert werden. Nach den prävertebralen Abszessen ist also in allen Fällen zu fahnden. Sichere Diagnose ist nur durch Röntgenbild möglich. Vier Fälle aus dem Diakonissenhaus in Freiburg i. B. erläutern die von Verf. gegebenen Ausführungen. **Balsch**-Heidelberg.

19) **Jonas Collin** (Kopenhagen). Om Behandlingen af Fraktura radii eg lignente Frakturen. (Bibliothek for Laeger, 3 Hoefte 09. 39 Pag.)

Eine Kasuistik von 44 Fällen von Radius- und „ähnlichen“ Frakturen, nach Championnières Methode behandelt. **Panum**-Kopenhagen.

20) **Joan Jianu** (Bukarest). Die Wiederherstellung des Vorderarmes bei vollständiger akzidenteller Amputation. (Spitalul, 1909. Nr. 12.)

Der Verf., welcher sich schon seit Jahren mit der experimentalen

Gefässnaht beschäftigt, hat Gelegenheit gehabt, seine Methode auch beim Menschen, in einem Falle von fast vollständiger Abtrennung des unteren Vorderarmdrittels zu erproben. Die Läsion war durch eine Fabrikmaschine bewirkt, und hing der abgeschnittene Teil nur durch die Haut der hinteren und der radialen Fläche zusammen. Es wurden zuerst die äusseren Muskeln zusammengenäht, nachdem die zerfetzten Teile abpräpariert wurden. Hierauf die beiden Knochen aneinander befestigt, wobei zu statten kam, dass man etwa 2 cm der unteren Fragmente in den Medullarkanal der oberen stecken konnte, wodurch eine gewisse Solidität gewonnen wurde, ohne dass es notwendig gewesen wäre, eine Knochennaht anzulegen. Es wurden hierauf die tiefen Beuger und derjenige des Daumens vereinigt einerseits ihrer Lage wegen und andererseits um die noch zu vereinigenden Nerven und Blutgefässe von dem Knochenkallus zu separieren. Der Median- und Kubitalnerv waren stark zurückgezogen, mussten also herauspräpariert, von den zerquetschten Teilen gereinigt werden und wurden dieselben durch die perineurotische Methode von Baudens vereinigt. Des weiteren musste die stark retrahierte Radialarterie aufgesucht werden und wurde dieselbe nach der Invaginationsmethode des Verf. genäht. Endlich vereinigte man die oberflächlichen Muskeln und die Haut. Die Teile heilten an und konnte der Patient bei seiner Entlassung leichte Streck- und Beugebewegungen ausführen, doch war die Sensibilität noch nicht zurückgekehrt. **E. Toff**-Brailla.

21) **Rüge.** Zahlreiche freie Gelenkkörper bei isolierter Arthritis deformans der Fossa cubitalis. (Arch. für kl. Chir. 91. Bd. 1. H. p. 227.)

Verf. gibt die genaue Beschreibung eines Falles von isolierter Arthritis einer cirumscripten Stelle des Ellbogengelenks mit zahlreichen (56.) freien Gelenkkörpern. Die kleinen und kleinsten der Gelenkkörper stellten sich histologisch als bindegewebig indurierte, mit Verkalkungen und Verknöcherungen untermischte Synovialzotten dar. Die grossen, schwimmenden Körper dagegen bestanden aus einem nekrotischen Knochenkern umgeben von einer Knorpelschale, aus ebenfalls im wesentlichen nekrotischem Knorpel bestehend. Pathologisch-anatomisch interessant ist besonders das Vorhandensein von Gefässen in den kleineren Körpern. **Balsch**-Heidelberg.

22) **Staffel** (Wiesbaden). Ueber die schnellende Hüfte. (Arch. für klin. Chir. 91. Bd. 1. H. p. 79.)

Verf. hat einen typischen Fall dieser an sich physiologischen Erscheinung beobachtet, der nach einem Trauma pathologisch ge-



steigert war, die andere Seite gab das Phänomen in geringem Grade ebenfalls. Das Phänomen des „Schnappens" besteht darin, dass der Traktus ileo-tibialis (Maissiatsche Streifen) über den Trochanter beim Beugen des Beines nach vorne und beim Strecken nach hinten gleitet. Verf. stellte nun fest, dass das Schnappen nur dann eintritt, wenn der Fascienstreif durch Glutäeus maximus und Tensor fasciae latae gegen den Trochanter angepresst wird, nach Entspannung dieser Muskeln trat nur noch ein sanftes Gleiten ein. Verf. ist geneigt die Entstehung dieser Strangbildung auf Blutung unter denselben bei dem Trauma und nachherige Auflockerung und Schwielenbildung zurückzuführen. Die Beschwerden waren in dem hier angeführten Fall ziemlich erheblich, dennoch wollte der Pat. in eine operative Behandlung nicht einwilligen.

Baisch-Heidelberg.

23) **J. Gourdon** (Bordeaux). Le diagnostic précoce de la luxation congénitale de la hanche chez le jeune enfant (La presse médicale. 1909. Nr. 78.)

Man spricht von einer angeborenen Verrenkung des Hüftgelenkes, obwohl dieselbe sicherlich bei der Geburt noch nicht besteht, sondern sich erst dann entwickelt, wenn das Kind die ersten Gehversuche macht. Angeboren existieren nur die Veränderungen der Gelenkspfanne, bestehend in Verkleinerung der Durchmesser, Verschmälerung des Pfannenrandes und steilerer Lage des Ganzen als dies normal der Fall ist; ferner Atrophie des Oberschenkelkopfes, Valgusrichtung und Drehung desselben nach vorne. Das Erkennen aller dieser Veränderungen am Neugeborenen ist mit vielen Schwierigkeiten verbunden, selbst bei Anwendung der Untersuchung mit Röntgenstrahlen. Es sind verschiedene Erkennungszeichen angegeben worden, von denen manche mitunter gut brauchbar sind, in anderen Fällen aber im Stich lassen. Der Verfasser gibt nun ein Zeichen an, welches in allen Fällen bei Säuglingen positiv ausfällt, falls eine kongenitale Anlage zu Hüftgelenksluxation besteht. Das Kind wird auf die linke Seite gelegt, falls es sich um Untersuchung des rechten Hüftgelenkes handelt; hierauf biegt man den rechten Schenkel gegen das Becken im rechten Winkel derart, dass das Knie der Tischplatte aufliegt, dann biegt man das Kniegelenk ebenfalls bis zum rechten Winkel. Ergreift man nun das obere Ende der Tibia und trachtet den Schenkel in dieser Stellung nach innen zu rotieren, so beobachtet man, dass bei normalen Kindern der beschriebene Bogen (90°) nicht über 60° geführt werden kann. Bei bestehender Anlage zu Hüftgelenksluxation kann man infolge der laxen Beschaffenheit des Hüftgelenkes einen viel grösseren



Bogen beschreiben und den Unterschenkel bis in die vertikale Lage im Verhältnisse zur Tischplatte bringen. Für Untersuchung des linken Gelenkes macht man es selbstverständlich umgekehrt.

Wenn man zu dem erwähnten Zeichen noch das Hoffasche Gelenkknacken und das Peter Badesche, das Höherstehen der Adduktorenfalte hinzufügt, so kann man sagen, dass das Erkennen der sogenannten kongenitalen Luxation des Hüftgelenkes bei Säuglingen, die noch nicht gehen, mit Bestimmtheit gemacht werden kann.

E. Toff-Braila.

24) **Bradford** (Boston). Congenital dislocation of the hip. (Amer. jour. of orth. surg. 1909. Bd. VII. 1.)

Bericht über die Behandlung der Hüftluxation im Bostoner Kinderhospital von 1884—1908 (220 Fälle). Die Zusammenstellung zeigt die Besserung der unblutigen Behandlung von 0 auf 5, auf 40, auf 80% (einseitige Lux. 90%), aber auch die Besserung der blutigen Reposition, die B. noch in den Jahren 1903—1906 19 mal ausführte, von 0 auf 30, auf 73%. 1908 hat B. nur noch einmal unter 40 Fällen die blutige Reposition nach wiederholtem Misslingen der unblutigen vorgenommen und zwar mit Erfolg. Sie ist bei Kindern infolge der Verbesserung der Retentionsmethode selten notwendig.

Zur Fixation des Beckens, für den Druck auf den Trochanter und zum Herunterziehen des Kopfes bei der Reposition hält B. mechanische Hilfsmittel für besser als Assistentenhilfe. Der Apparat, der genau beschrieben wird, hat sich gerade bei Ueberwindung der Schwierigkeiten (Dehnung der Weichteile und der Kapsel, Reposition bei stark antevertiertem Femurkopf) bewährt. Bei der blutigen Reposition, die B. ebenfalls genau beschreibt, hat er meist Kapselverengerungen gefunden, immer dagegen eine genügend grosse Pfanne. Die Wunden heilten meist p. p. i., manchmal aber auch per granulationem (einmal Sepsis wegen Infektion der Wunde mit Urin). Ob nach der blutigen Reposition die Gefahr der Versteifung grösser ist, ist B. zweifelhaft.

Die Anteversion des Femurhalses kann gewöhnlich unbeachtet bleiben, jedenfalls ist keine Osteotomie nötig. Wichtig ist die Neigung zur Coxavarabildung nach der Reposition, doch sind auch hier die Störungen nicht gross. Kopfverbildung und Pfannenflachheit (Röntgenbild!) ist bei jungen Kindern nicht schlimm zu nehmen.

Was die Retention anlangt, so ist B. gegen die sog. „Froschstellung", weil später beim Uebergang zur normalen Stellung der



Femurkopf aus der Pfanne leicht nach vorn transponiert werden kann, (daher hatte B. früher nur 60—70% Heilungen). Darum ist eine Abduktionsstellung, in der die Patella nach vorn sieht, besser als eine, wo die Patella aufwärts sieht.

Also Stellung: rechtwinklige Flexion und Abduktion mit Patella nach vorn; Gipsverband von den Zehen bis zum Becken, auch Oberschenkel der gesunden Seite, letzterer nach 14 Tagen wieder befreit, nach 4 Wochen laufen, nach weiteren vier Wochen Verband bis Knie entfernt, drei Monate nach Reposition Verband ganz entfernt, Massage, Uebungen.

Ueble Zufälle: Zwei Femurfrakturen, ein Todesfall nach unblutiger Reposition (Acidurie?), keine Lähmung.

In einem Fall war eine im 6. Lebensmonat sicher festgestellte Luxation trotz fehlender Behandlung im 18. Monat nicht mehr vorhanden.

Komplikationen: einmal Dislokation der Knie nach hinten, einmal Pedes vari.

40 Nachuntersuchungen beweisen die Dauer der anatomischen Reposition, Röntgenbilder zeigen die eigentümlichen Kopf- und Halsformen, aber auch die selbsttätige Korrektion der Anteversion.

Ewald-Hamburg.

25) **Pochhammer.** Zur Kenntnis der isolierten Abrissfraktur des Trochanter minor. (Arch. für kl. Chir. 91. Bd. 3. H. p. 719.)

Die Diagnose der Abrissfraktur des Trochanter minor war bisher am Lebenden noch nicht gestellt worden. Erst das Röntgenogramm mit gleichzeitiger genauer Beachtung des klinischen Befundes können die Diagnose ermöglichen. Verf. bringt einen Fall aus der Kgl. Charité, bei dem die Diagnose richtig gestellt werden konnte. Die Symptome waren: streng lokalisierter Druckschmerz in der Fossa ileopectinea der Lage des Trochanter minor entsprechend, und die Unmöglichkeit das im Knie gestreckte Bein zu heben = Ausschaltung der Wirkung des Ileopsoas. Die gleichzeitig vorhandene Aussenrotation und die anfängliche starke Schwellung der Hüftgegend hatten im Anfang die Diagnose mehr auf Coxitis gelenkt. Erst das Hervortreten obiger Symptome zusammen mit dem Röntgenbild ergaben die richtige Diagnose. Die Therapie bestand in Bettruhe und Lagerung des Beines in leichter Flexionsstellung. Im Anschluss an diesen Fall beschreibt Verf. ein Leichenpräparat mit einer ungewöhnlichen Exostosenbildung an

Stelle des Trochanter minor, die Verf. in Anlehnung an seinen klinischen Fall ebenfalls als traumatische deuten zu können glaubt.

Balsch-Heidelberg.

26) **W. Böcker** (Berlin). Endresultate der Sehnentransplantation bei Quadrizepslähmung. (Arch. f. klin. Chir. 91. Bd. 1. H. p. 241.)

Verf. gibt ein kurzes Résumée, das als Vortrag auf dem Chirurgenkongress gedacht war, über die Endresultate von 10 von ihm auf verschiedene Weise operierten Quadrizepslähmungen. Er fasst seine Erfahrungen in folgenden 6 Sätzen zusammen:

1. Bei Quadrizepslähmung ist nur die periostale Methode der Sehnenverpflanzung zu verwenden.

2. Die Verpflanzung der Beuger nach Krause oder Lange liefert die beste Streckwirkung.

3. Ein wirksamer Beuger ist möglichst stehen zu lassen, um sicher ein Genu recurvatum zu verhüten und gute Beugefähigkeit zu erhalten.

4. Durch die Verpflanzung eines Beugemuskels und des Sartorius bezw. Tensor fasciae wird eine weniger gute Streckwirkung gewonnen.

5. Die Verpflanzung des Sartorius und Tensor fasc. lat. bei Lähmungen der Flexoren ist besser durch eine Arthrodese zu ersetzen.

6. Nach vorheriger Beitigung einer Deformität ist eine Sehnenverpflanzung oft nicht nötig.

Balsch-Heidelberg.

27) **G. Flatau.** Differentialdiagnose der Ischias. (Prager med. Woch. 1910. Nr. 4.)

Kurze, für den Praktiker prägnant zusammengefasste Zusammenstellung der Symptomdifferenzen mit Betonung des Nachweises typischer Schmerzpunkte für die Diagnose »Ischias«. Bei der Hysterie ist das psychische Verhalten zu beachten, das Ischiasphänomen pflegt zu fehlen, dabei hören oft die Schmerzen plötzlich auf. Ebenso fehlt die typische Beinhaltung und die Skoliose. Einfluss der Suggestion oft deutlich erkennbar. Bei der Neuritis ischiadica kommt es auch bei leichteren Fällen zu Fehlen des Achillesphänomens, Sensibilitätsstörungen und degenerativen Lähmungserscheinungen.

C. Springer-Prag.

28) **O. v. Frisch.** Untersuchungen über den normalen Kniestreckapparat mit Rücksicht auf die bei der Patellarfraktur bestehenden Verhältnisse. (Arch. für kl. Chir. 91. Bd. 1. H. p. 99.)

Verf. hat die Winkel, die am normalen Kniestreckapparat bei der Beugung entstehen, genau anatomisch geprüft, und fünf

Winkelbildungen dabei gefunden. Am wichtigsten davon ist der Patellarwinkel = Kombination der beiden Winkel der Kniescheibe mit der Strecksehne und den Lig. patellae. Die Veränderung dieses Winkels ergibt eine charakteristische Kurve, die von 2 anderen Winkeln (Sehnen- und Ligamentwinkel) beeinflusst wird. Der Patellarwinkel wird zunächst mit dem Kniebeugewinkel kleiner bis zu 100°, wird bei weiterer Beugung aber wieder grösser. Bei 100° liegt die Kniescheibe noch breitbasig auf. Die Kippstellung, wo sie nur noch mit schmalem Wulst aufliegt, ist bei 150° Beugestellung erreicht, der Patellarwinkel ist dann = 130—140°. Dies ist die für Rissfrakturen günstigste Stellung. Weiterhin geht dann Verf. auf die von den verschiedenen Autoren in der Literatur niedergelegten Darstellungen über den Mechanismus der Patellarfrakturen ein und stellt sich auf Grund seiner Untersuchungen auf die Basis der Sauson-Lossenschen Theorie, dass der Biegungsbruch der Patella bei mässiger Beugung im Kniegelenk auftrete.

Balsch-Heidelberg.

29) **Kirschner.** Ein Beitrag zur Entstehung der Gelenkmäuse im Kniegelenk.

Bruns Btrge. z. klinisch. Chir. 64. Bd. 2. H. p. 417.

2 Fälle von Ludloff, der 1. von Verf. und mehrere aus der Litteratur gesammelte beweisen, dass die Stelle des Ansatzes des Ligament. cruciat. am Condyl. int. femoris typisch ist für die Entstehung von Gelenkmäusen in sonst gesunden Kniegelenken ohne nachweisbares und erhebliches Trauma. Auf Grund seiner mikroskopischen Untersuchung wendet sich Verf. sowohl gegen die Erklärung Königs, der eine Osteochondritis dissecans annimmt, wie gegen die neuere Ludloffs, der als Ursache einen anämischen Infarkt annimmt. Eine Aufklärung über das neben der mechanischen Wirkung des Lig. cruciat. noch unbekannte ätiologische Moment verspricht sich Verf. von einer mikroskopischen Untersuchung des Bettes der Gelenkmäuse.

Balsch-Heidelberg.

30) **Muskat** (Berlin). Plattfuss und Trauma. (Reichs-Medicinal-Anzeiger, 1909. Nr. 16.)

Verfasser unterscheidet nach Kaufmann beim traumatischen Plattfuss

1. den durch seine äussere Form ausgezeichneten, wohl immer nach Fusswurzelbruch entstandenen;
2. den funktionellen (nach Unterschenkelbrüchen, schweren Verstauchungen und Quetschungen), der charakteristische Platt-



fussbeschwerden macht, objektiv aber nur eine Abflachung an der Fusssohle bei Ueberlastung des Körpers und etwas Wadenatrophie bietet.

Verf. weist auf die Wichtigkeit der richtigen Einschätzung der Plattfussbeschwerden bei der Unfallbegutachtung hin, da einerseits die Patienten meistens geneigt sind, ihre Beschwerden dem Plattfusse, wenn derselbe auch schon lange vor dem Unfall bestanden hatte, zuzuschieben, andererseits aber nicht von der Hand gewiesen werden kann, dass durch einen Unfall ein Plattfuss ins Leben gerufen oder ein bestehender verschlimmert werden kann. Uebrigens verfahren alle Berufsgenossenschaften — mit Ausnahme der landwirtschaftlichen — sehr loyal; sie entschädigen alle Unfallfolgen, auch wenn bereits vorher eine Veränderung des Körpers, also auch ein Plattfuss, bestanden hat.

In Fällen, in denen die Diagnose „Plattfuss" zweifelhaft erscheint, verschafft die Beachtung folgender Momente Klarheit: 1. Röntgenaufnahme (event. stehen hinter den Plattfussbeschwerden Brüche der Fusswurzel, spez. des Navikulare); 2. Art des Ganges; 3. Aussehen des Fusses; 4. Fehlen der Fusswölbung; 5. Form der Linie, welche am Innenrande des Fusses auf dem Abdrucke entlang gezogen wird (Linie ist mehr oder weniger konvex geschweift); 6. Stellung der Unterschenkelachse zur Fussachse (Unterschenkelachse fällt nach innen von der Fussachse); 7. Schuhwerk (Plattfusspatienten lieben plumpes, dick besohltes Schuhwerk); 8. Veränderung der Form der Unterschenkel, Oberschenkel und der Gelenke (X-Knie etc.). Wichtiger als eine entsprechende Einlage ist in therapeutischer Hinsicht die richtige Benutzung des Fusses: Der Fuss muss mit seiner Spitze nicht nach aussen, sondern mit der Spitze geradeaus gerichtet aufgesetzt werden, durch entsprechende Uebungen ist statt der drohenden Pronationsstellung die normale Supinationsstellung zu erstreben. Mit dem Plattfuss darf nur ein ganz kleiner Schritt gemacht werden, der gesunde Fuss soll die eigentliche Vorwärtsbewegung ausführen. **A. Stoffel**-Heidelberg.

Kongress- und Vereinsberichte.

IX. Kongress der Deutsch. Gesellsch. für orthopäd. Chirurgie vom 28. u. 29. März 1910.

31)

Bericht, erstattet von Privatdoz. Dr. Wollenberg-Berlin.

Vorsitz: Joachimsthal-Berlin.

Zum Vorsitzenden für das Jahr 1911 wird Hoeftman-Königsberg gewählt. Vor Eröffnung des Kongresses findet am 28. III. ein gemeinsamer Ausflug nach Hohenlychen statt zur Besichtigung der Anstalten des Volksheilstättenvereins vom Roten Kreuz, bes. des Cecilienheims.

Erste Sitzung: Montag, 28. März, abends 8 Uhr:

1. **Alapy** (Budapest): Die Endergebnisse der konservativen Koxitis- und Gonitisbehandlung. Bei Koxitis besteht die konservative Behandlung in fixierenden Verbänden und Apparaten, nachdem die koxitische Deformität durch das Dollinger'sche Verfahren beseitigt worden ist; eine Kontraindikation gegen letzteres bildet die federnde Fixation des Hüftgelenkes, in welchem Falle die Osteotomie vorgezogen wird. Eine Indikation für entlastende Vorrichtungen ist im Belastungsschmerz und in der durch die Röntgenuntersuchungen sich manifestierenden fortschreitenden Usur der Gelenkenden gegeben. Die Resultate der konservativen Behandlung sind wie Alapys Nachuntersuchungen zeigen, sehr gute, spez. was den Grad der Verkürzung, die Atrophie und die Funktionsstörung betrifft; die Resektion wurde nur selten, bei rasch progressiven und mit langdauernden Eiterungen verlaufenden Fällen, angewandt. Auch die Gonitis wird konservativ behandelt, nur bei eitrigen Fällen sind aktivere Verfahren angezeigt.

In der Diskussion verspricht **v. Aberle** (Wien) für das nächste Jahr eine Nachuntersuchung des Lorenz'schen Koxitismaterials.

2. **Gocht** (Halle): Ueber zwei eigenartige Fälle von Klumpfuss. Der Grossvater des Patienten erwarb mit 20 Jahren einen Klumpfuss, nachdem er sich durch langes Stehen in der Nässe eine Erkältung zugezogen hatte. Der Vater des Patienten bekam mit 7 Jahren, der letztere mit 6 Jahren Klumpfuss. Gocht ist geneigt, diese scheinbare Vererbung erworbener Eigenschaften ähnlich zu erklären, wie Böhm dies bei dem späteren Auftreten einer durch kongenitale Anomalieen bedingten Skoliose tut.

3. **Peltesohn** (Berlin): Seltene Aetiologie eines paralytischen Klumpfusses: Die Ursache besteht in Kompressionslähmung des N. peroneus am Fibulaköpfchen durch Tumor (multiple kartilaginäre Exostosen). Die Therapie bestand in der Entfernung des Tumors, in welchem der Nerv „eingemauert" war.

Diskussion:

Drehmann (Breslau) glaubt nicht an die Gocht'sche Erklärung, nimmt vielmehr als Ursache der scheinbar vererbten Missbildung eine vererbte neurale Muskelatrophie oder eine Spina bifida occulta an. **Riedinger** (Würzburg) denkt auch an einen Gelenkrheumatismus mit vererbter Disposition. **Böhm** hält die Gocht'sche Annahme immerhin für möglich, wenn auch nicht für bewiesen, ein Analogon findet er in der später sich manifestierenden Vererbbarkeit der Trichterbrust. **Schanz** (Dresden) hat ähnliche Fälle gesehen, wie Gocht; er führt sie auf progressive Muskelatrophie zurück. **Rosenfeld** (Nürnberg) glaubt an eine Faszienkontraktur ähnlich der Dupuytrenschen, wie er das 4mal beobachtete; ähnlich **Preiser** (Hamburg).

4. **Böhm** (Berlin): Die Rolle der Rachitis in der Aetiologie der jugendlichen Rückgratsverkrümmungen. Die Rachitis setzt anteroposteriore Abweichungen der normalen Wirbelsäulenkonfiguration, die als rachitische Kyphose bekannt sind. Diese Kyphose im Lumbodorsalteile kann eine dauernde werden resp. in den „runden Rücken" übergehen, aber auch zum „flachen Rücken" führen. Die Rachitis setzt aber auch seitliche scharfe Einknickungen im Lumbodorsalteile, ferner bogenförmige Skoliosen ohne scharfe Abknickungen, dagegen mit starken Rotationserscheinungen. Die Rolle der Rachitis in der Aetiologie der Skoliose unterliegt sehr grossen territorialen Schwankungen; sie ist äusserst gering in Amerika und Australien, sehr bedeutend



in Europa; spez. hier in Berlin dürfte mehr als die Hälfte der Skoliosen rachitischen Ursprunges sein.

5. **Biesalski** (Berlin): Zur Klinik des ossären Schiefhalses. Angeborene Anomalien der Halswirbelsäule bedingten eine typische Schiefhaltung des Kopfes.

6. **Fränkel** und **Brugsch** (Berlin); Ueber klinische Erfahrungen in der Skoliosenbehandlung, besonders über das Verhalten des Herzens.

Fränkel zeigt an photographischen resp. kinematographischen Projektionen die Technik des „Kriechens" bei den verschiedenen klinischen Formen der Skoliose. Da sich beim Kriechen lordosierte Teile stets am stärksten umkrümmen, muss man umzukrümmende Teile erst lordosieren. So bildete er die Methoden des Tief- und Steilkriechens aus. Die Kriechmethode wirkt auch günstig auf Herzbeschwerden, nervöse Dyspepsieen und lordotische Albuminurien. Brugsch bestätigt die letzteren Angaben Fränkels.

7. **Kirsch** (Magdeburg). Die Skoliose entsteht nicht in der Schule, sondern wird bereits in den untersten Klassen vorgefunden. Das Gros stellen die kongenitalen und rachitischen Skoliosen dar.

Diskussion:

Blumenthal (Berlin) empfiehlt eine neue Sportmethode, das Bogenschiessen, bei der Skoliose (je nach der Form rechts- oder linkshändig!) **Spitzy** (Graz): Kleinere multiple Abweichungen der Wirbelsäule gleichen sich aus; unsere ärztliche Aufgabe hat hauptsächlich darin zu bestehen, die Eltern zu unterweisen, wie sie ihre Kinder über die gefährliche Aequilibrierungsperiode hinüberbringen. **Preiser** (Hamburg) weist auf die Notwendigkeit der photographischen Aufnahmen unserer Skoliosen unter gleichen Bedingungen hin; hierfür kommt vor Allem die Lagerung auf der schiefen Ebene in Betracht. **Friedenthal** empfiehlt hierfür das exakte Spiegelphotographieverfahren. **v. Aberle** (Wien) warnt vor der allgemeinen Anwendung des Kriechverfahrens, solange nicht bessere Resultate gezeigt werden, wie Fränkel dies tat. **Schanz** (Dresden) hat Versuche über die Kompressionsfestigkeit von Wirbeln, normalen und rachitischen ausgeführt, die noch nicht abgeschlossen sind. Nach Schmorl weist jede skoliotische Wirbelsäule rachitische Symptome auf; Photographien decken bei geringen Aenderungen der Haltung die Deformität zu. **Schulthess** (Zürich): Die Skoliose ist ein Symptom; es gibt keine spezifische Schulskoliose. Wichtiger und zuverlässiger als die Photographie ist das Messverfahren, für welches er seinen Zeichenapparat oder seinen Nivellierzirkel empfiehlt. Auch **Bade** (Hannover) rät die Messmethode an. **Muskat** (Berlin) will scharf unterschieden wissen zwischen Schiefwuchs und Schiefhaltung. **Eckstein** (Berlin) empfiehlt Beely's Kontrollmethode für Skoliosen (Leiter und Kyrtometer). **Klapp** (Berlin) verteidigt seine Kriechmethode; die von Fränkel vorgezeigten Resultate sind nicht die besten, welche sie haben. Die Schwierigkeit der einwandsfreien Fixierung der Resultate seiner Methode teilt die letztere mit allen anderen Methoden. Es ist bisher wohl keiner Methode soviel Erfolg in der Behandlung der Herzaffektion zuteil geworden, wie der Kriechmethode. Unter den übrigen Ursachen der Skoliose muss man den alten Begriff der „konstitutionellen" Aetiologie nicht ganz zurückstellen; er hat durch Stiller neue Begründung erfahren. **Böhm** (Berlin) wendet sich gegen den letzteren Punkt, insofern die asthenische Skoliose



gänzlich unerwiesen sei. **Fränkel** (Berlin) verteidigt sich gegen die erhobenen Einwände; es lag ihm heute nur daran, die Technik zu zeigen.

9. **Immelmann** (Berlin). Pagetsche Erkrankung des Unterschenkels im Röntgenbilde. In der **Diskussion** zeigt **Schanz** ähnliche Bilder.

10. **Maier** (Berlin). Ueber Osteopsathyrosis.

Dienstag, 29. März. Eröffnungssitzung.

1. **Gebhardt** (Halle [als Gast]). Funktionelle Knochengestalt (Autorreferat.).

Vortragender berücksichtigt das Historische nur so weit es zur exakten Aufstellung des Themas erforderlich ist. Die Lehre von der funktionellen Knochengestalt, begründet von H. v. Meyer, Culmann, Roux, J. Wolff u. a., behauptet nicht nur die Übereinstimmung der bekannten auffälligen trajektoriellen Spongiosa-Architekturen mit den Zug- und Drucklinien, welche sich aus dem Verlaufe der Maximalspannungen mit analoger Verlaufsweise in festen, homogenen Körpern ergeben, sondern auch die Entstehung dieser Architekturen unter dem wesentlichen (gestaltenden) Einfluss der Funktion (im Sinne der „funktionellen Anpassung“ Roux) im normalen Knochen, sowie ihre Wiederherstellung, bzw. ihren Ersatz durch eine den veränderten (atypischen, pathologischen) Verhältnissen entsprechende neue Struktur, gleichfalls unter dem wesentlichen (regulatorischen) Einfluss der Funktion nach ihrer Zerstörung oder Umlagerung. An einer Reihe schematischer Zeichnungen gelangen die nötigen Grundbegriffe aus der Festigkeitslehre und graphischen Statik mit ihren wichtigen Folgerungen, z. B. „Material aus der Mitte“, rechtwinklige Elementenkreuzung, Körper „gleicher Festigkeit“, steifer und elastischer Bau, Profilierungen etc. etc. zur Besprechung, während gleichzeitig eine Anzahl Diapositive und herumgereichte Knochenpräparate den Vergleich mit dem natürlichen Objekt ermöglichen. — Diesem ersten, wesentlich auf den im Wolff'schen Transformationsgesetz hauptsächlich berücksichtigten Menschen bezüglichen Teil schliesst sich eine kurze Exkursion in vergleichend-anatomisches Gebiet an. Im Anschluss an die Vorführung charakteristischer Bautypen im Diapositiv, im natürlichen Objekt und in Fournierschnitten kamen die besonderen Leistungen der einen oder anderen Bauweise zur Erörterung, — so sah V. in den sehr massiven Extremitätenknochen der Wiederkäuer Schwungmassen zur Erzielung eines gleichförmigen Ganges auch in Gestrüpp und Morast oder Sand, die noch massiveren Knochen der Sirenen dienen als Gegengewicht gegen den starken Auftrieb der bei diesen Tieren im Unterschied zu den (ihren Sauerstoffvorrat als stark oxydiertes Blut in die Tiefe nehmenden) Cetaceen luftgefüllten Lunge während des Unterwasseraufenthaltes (beim Abweiden der Unterwasserpflanzen). Die Pneumatizität der Vogelknochen fördert die hier sehr nötige Präzision der raschen, kurz unterbrochenen Flügelbewegungen durch möglichst kleine Trägheit der bewegten Massen, — die immer wieder abgeschriebene angebliche flugfördernde Verminderung des spezifischen Gewichtes durch die Pneumatizität ist in Luft natürlich völlig illusorisch. Auch die Cetaceen und die Dickhäuter stellen besondere Typen dar, jene mit sehr grosslumigen Compactakanälchen und in den am besten ans Wasserleben angepassten Typen zeitlebens rein tubulösem Knochenbau, diese mit einer sehr zahlreiche feine Bälkchen (Dichtstand feiner, grösserer Spärlichkeit entsprechend grober Elemente, Roux) besitzenden Spongiosa, die kaum eine Markhöhle übrig lassen, die übrigens auch bei den Cetaceen sehr klein ist oder (Bartenwale) bisweilen



ganz fehlt. Bei den Pachydermen sind selbst die sonst entlasteten Bezirke wegen des kolossalen Gewichtes dieser Tiere noch genügend im Sinne des gestaltenden oder wenigstens erhaltenden funktionellen Reizes beansprucht, bei den Cetaceen wird, wie bei allen Wassertieren die ganze Oberfläche der Hand- und Armknochen beansprucht, sodass von ihr in allen Punkten Trajektorien ausgehen. Viele sehr massive Knochen bedürfen wegen ihrer sehr vielfachen „Sicherheit" keines sehr feinen funktionellen Ausbaues, d. h. die Belastung erzeugt keine genügenden inneren Spannungen zur feineren funktionellen Ausdifferenzierung; wo die Spannungen aber stark genug sind, da kommt es auch hier zu trajektorieller Spongiosa-Architektur, so selbst in dem Capitulum und dem Tuberkulum der sonst ganz massiven Sirenen-Rippen. Ferner weist V. darauf hin, dass sehr viele Knochen Formen „gleicher Festigkeit" im ganzen repräsentieren. Der Demonstration einiger solcher Objekte schliesst sich noch eine Erwähnung der Congruenz des Baues und der Lebensbedingungen einzelner Gruppen an, welche unter anderm auch die Artgrösse in ihren Ursachen, unter den Einzelheiten auch die Bauunterschiede der Flügelknochen bei Vögeln und Fledermäusen, bei den ersteren auch zwischen Präzisions- und Dauerfliegern, zwischen Fliegern, Stoss- und Schwimmtauchern berührt. — Der nächste Abschnitt des Vortrages widmet sich dem Nachweis, dass auch der feinere histologische Bau des Knochens im wesentlichen allen Erwartungen entspricht, die man berechtigterweise an die ja nur auf Zug und Druck, primär aber nicht auf andere Spannungen beanspruchten Einzelelemente eines Fachwerkes stellen kann. Die Roux'sche Einteilung der Spongiosa-Elemente in Tubuli, Pilae, Lamellae, Trabeculae ist eine auch vom Standpunkt der Leistungsbeurteilung sehr zweckmässige, man darf aber nicht vergessen, dass unter allen Umständen das wahre ontogenetische primäre Bauelement des Knochens das Knochenröhrchen ist und dass aus ihm alle andern Elemente sowohl morphologisch sich ableiten, wie auch dass alle ihre Funktionen kombinierte Teilfunktionen der benachbarten Knochenröhrchenwände zunächst sind. Dieses Bestehen aus Röhrchen, überhaupt aus Hohlräumen mit steifelastischen Wänden erklärt die „Spannungsauslese" welche allen möglichen Beanspruchungen gegenüber im Knochen stattfindet, derart, dass statische Spannungen vor kurzdauernden, ausgebreitete Beanspruchungen vor eng lokalen, Zug- und Druckspannungen vor allen anderen als gestaltender funktioneller Reiz in Frage kommen, was eben die Möglichkeit für die Entstehung der Zug- und Druck-Architekturen überhaupt erst schafft. Die Analyse der Faserungsrichtung für eine Erforschung des Knochenbaues von funktionellem Gesichtspunkt gelingt leicht mit Hülfe des polarisierten Lichtes, erstens weil man bereits mit schwachen Vergrösserungen auskommt, also hier zum erstenmal die erforderliche gleichzeitige Übersicht über den Faserverlauf in grösseren Gebieten gewinnt, zweitens weil man direkt die Spannungen im Knochen vor sich hat, also sogar von der wahren Struktur eigentlich unabhängig wird, wenn es nur jene zu ermitteln gilt. — Es folgt dieser funktionellen Besprechung der Spongiosa diejenige der Compakta, insbesondere die Darstellung des besonders leistungsfähigen und ausserdem durch verschiedene Faserrichtungs-Kombinationen auch in verschiedenster Weise anpassungsfähigen Baues der Havers'schen Lamellensysteme, immer unter Demonstration einer Anzahl Modelle und Diapositive des natürlichen Objektes im gewöhnlichen und polarisierten Licht. Die Auswahl der verschiedenen Baumöglichkeiten stimmt mit ihrer spezifischen Leistungsfähigkeit und der Art ihrer Verwendung überein. Ganz allgemein stellt das



typisch orientierte Havers'sche System somit den höchst erreichbaren Grad der funktionellen Ausgestaltung im feineren Bau dar. Demonstration einiger auffälliger Übereinstimmungen im Auftreten solcher Systeme mit besonderen Verhältnissen: Vorkommen in Zug- und Druckseite von Knochen, die sonst wesentlich aus Generallamelle bestehen (Phalangen vom Flugfuchs), Verbreitung des gleichzeitig zug- und druckfesten Faserungstyps der flach-steil-flachen Faserung, der flach-steil-abwechselnden Typen etc. etc. — Im letzten Abschnitt gelangen zunächst noch wichtige Punkte aus der Lehre von der funktionellen Anpassung der Knochen zur Erörterung: normale und pathologische gestaltende Reizbarkeit, Anbildung stets auf der Druckseite, Aktivitätshypertrophie, Inaktivitätsatrophie (Roux) etc. Bezüglich der dann noch kurz erwähnten normalen und pathologischen Veranlassungen zum Umbau muss auf die ausführliche Publikation in den Verhandlungen der Orthopädenversammlung verwiesen werden, ebenso bezüglich des vom V. bereits früher betonten mangelhaften Angepasstseins der Unterextremitätenknochen des Menschen an den aufrechten Gang. Die Nachgiebigkeit vieler rhachitischer und osteomalazischer Knochen beruht auf besonderer Schädigung der Speziallamellensysteme. Bezüglich aller Einzelheiten siehe das Original!

2. **Foerster** (Breslau): Ueber die Störungen der Fixation des Beckens und Kniees bei Nervenkrankheiten. Bei Tabes und anderen Krankheiten des Nervensystems führt die Störung der Fixation des Kniegelenkes zum genu recurvatum. Beim Becken finden wir mangelhafte Fixation in der Richtung von vorn nach hinten resp. nach der Seite. An Bildern werden die typischen hieraus resultierenden Gangstörungen erläutert und ihre rationelle Behandlung durch leichte Schienenapparate demonstriert.

3. **Höftman** (Königsberg) demonstriert die schon im vorigen Jahre gezeigten Patienten mit Prothesen beider Beine, ferner einige Patienten mit Defekt der oberen Extremität, die durch Prothesen mit einfachen, höchst zweckmässig konstruierten Ansätzen Näharbeit verrichten, landwirtschaftliche Tätigkeit ausüben können u. s. w.

4. **Schanz** (Dresden): Physiologische Krankheitsbilder in der Orthopädie. Erörterungen über die vom Vortragenden aufgestellten Begriffe der „Insufficiontia" pedis, vertebrae, coxae, genus.

5. **Froelich** (Nancy): Ueber angeborene Verbiegungen und Pseudarthrosen des Unterschenkels. Für die Behandlung der letzteren empfehlen sich vor allem die modernen plastischen Methoden; aber auch diese versagen in den veralteten Fällen, in welchen die Knochen stark atrophische, zugespitzte Enden zeigen.

In der **Diskussion: Reichel** weist darauf hin, dass der überpflanzte Knochen resp. das Periost an der Ueberpflanzungsstelle innig mit dem Knochen vereinigt werden muss.

6. **Hübscher** (Basel): Die operative Verstärkung des flexor hallucis longus beim pes valgus. Der einzige beim Plattfuss stark geschwächte Muskel ist der flexor halluc. longus, während der tibialis anticus oft sogar sehr kräftig ist. Will man daher operieren, so ist rationell nur die Stärkung des flex. hall. long., auf welchen man, nachdem er durch Raffung verkürzt ist, zweckmässig einen Teil des Tibialis anticus überpflanzt.

7. **Muskat** (Berlin); Heissluftapparat mit Bewegung zur Plattfussbehandlung. Der Apparat ermöglicht eine Ausnützung der während der



aktiven Hyperaemie vorhandenen schmerzlosen und ausgedehnteren Bewegungsfähigkeit.

8. **Bade** (Hannover): Die subkutane Arthrodese. Die früher angegebene dauernd gute Festigkeit der Arthrodese nach genügend langer Fixation hat sich leider nicht für alle Fälle als richtig erwiesen. Vortragender verwendet deshalb jetzt die subkutane Bolzung mittels Elfenbeinstiften, die am Fuss durch Calcaneus, Talus, in die Tibia (was, wie Bades Bilder zeigen, durchaus nicht immer leicht gelingt), am Knie durch die Femurkondylen in den Tibiakopf hinein ohne vorherige Knochenbohrung eingeschlagen werden. Gegenindikation ist beim Knie z. B. gleichzeitiges genu valgum oder Subluxationsstellung.

Diskussion:

Höftman weist auf Lexers Priorität hin. Biesalski will bei paralytischen Füssen bes. gegen das Hängen des Vorderfusses wirken. Spitzy hält Bades Vorgehen bes. für das Kindesalter für zweckmässig.

9. **Peltesohn**: Ueber pes calcaneus traumaticus. Dieser entstand nach Schnittverletzung der Achillessehne und liess sehr schön die selbstregulatorische Umformung der Wadenmuskulatur erkennen.

10. **Ludloff** (Breslau). Ergebnisse der Sammelforschung über die Endresultate der Behandlung der angeborenen Hüftluxation. Nur 8 Autoren haben Röntgenpausen eingeschickt (zusammen 331 Pausen)

In 55,7 % der Fälle fand sich konzentrische Einstellung des Kopfes, in 10 % Einstellung im oberen Pfannenquadranten, in 19,2 % Antetorsion des proximalen Femurendes, in 3,4 % Coxa vara, in 11 % Reluxation. 83 % der guten Resultate waren vor dem 3. Lebensjahre reponiert worden.

In der **Diskussion** zeigt **Gocht** eine Patientin mit seit 3 Jahren bestehender Heilung einer doppelseitigen Luxation durch blutige Reposition.

11. **Böcker** (Berlin). Seltene Folgeerscheinungen nach unblutig eingerenkter angeborener Hüftverrenkung. Diese bestanden in Coxa valga und in Fraktur.

12. **Möhring** (Kassel). Detorsionsgipskorsett für Skoliose. Das Gipskorsett ist durch mehrere horizontale Schnitte zerlegt; die Segmente lassen sich durch an 4 das mittlere Segment überbrückenden vertikalen Stahlbügeln angreifende Gummizüge im Sinne einer Detorsion der Skoliose verschieben. Ferner zeigt Vortr. den früher von ihm beschriebenen Skoliosen-Geradehalter.

13. **Galeazzi** (Mailand). Die Torsion des oberen Femurendes luxierter Hüftgelenke und ihre Beseitigung.

Nachmittagsitzung. Generalversammlung.

Resultat der Vorsitzenden-Wahl s. oben.

1. **Payr** (Greifswald). Ueber die Behandlung der Gelenkversteifungen. Nach Schilderung der operativen Methoden beschäftigt sich der Vortragende zunächst mit der Diagnose; es kommt auf die Art der Versteifung und die Zahl der versteiften Gelenke, auf den Zustand der Grundkrankheit (ist der ursprüngliche Prozess ausgeheilt oder nicht?) an. Besonders wichtig ist der Zustand des Kapselschlauches, der bei starker Schrumpfung das Gelenk, wie mit „eiserner Faust" umklammert. Weiter ist zu berücksichtigen der Zustand der paraartikulären Weichteile, der Zustand des aktiven Muskelapparates der Allgemeinstand des Patienten. Kinder bieten kein sehr günstiges, alte Leute ein direkt schlechtes Objekt dar. Auch die sozialen Verhältnisse spielen eine



Rolle. Die Prognose ist stets ungewiss. Was die Technik der Operation betrifft, so kommt es darauf an, dass bei der Freilegung des Gelenkes kein Muskel, kein Muskelnerv durchschnitten wird. Bei der Eröffnung des Gelenkes resp. der Lösung seiner Verwachsungen sind wo möglich alle Kapselhohlräume zu entfalten, was jedoch meist nicht gelingt. In letzterem Falle sind alle diese Weichteile, also Kapsel und Bänder, ganz zu exstirpieren. Auch der Knorpel ist dort, wo er gelb, bindegewebig, auf dem Schnitte blutend (also vascularisiert!) ist, gründlich zu entfernen. Die Deckung des so entblössten Gelenkes geschieht am besten nach Hofmann mit lebendem Periost, ev. aber auch mit Fett, Faszie, Muskel, Schleimbeutel, Sehnenscheide. Bei der Operation soll die Esmarchsche Blutleere vermieden werden, damit eine exakte Blutstillung ausgeführt werden kann.

Nach Abschluss der Operation ist exakte Fasziennaht erforderlich. Wichtig ist die Nachbehandlung; tritt während der folgenden Zeit Haemarthros auf, so ist seine Entleerung durch Punktion angezeigt. Ein Extensionsverband, ev. mittels des Steinmannschen Nagels befördert einen günstigen Erfolg des Eingriffs. Vor allem sind die üblichen Methoden der Nachbehandlung, als Massage, Elektrizität, Gymnastik, Heissluftbäder, Thiosinamininjektionen anzuwenden. Experimentelle Untersuchungen zeigten dem Vortragenden, dass sich eine gut funktionierende Art von Gelenkkapsel nach völliger Exstirpation der alten aus dem paraartikulären Gewebe zu bilden vermag.

Unter seinen Operationen (Mitte der Zwanziger) erlebte Vortragender 7 mal eine gute Herstellung der Beweglichkeit. Die gonorrhoische Arthritis ist ein sehr ungünstiges Objekt für die blutige Mobilisierung.

2. **Guradze** (Wiesbaden). Ueber die Behandlung der Gelenkversteifungen. Unter den unblutigen Methoden leisteten dem Vortragenden der Langemaksche Jutefliessverband, ferner die Trennertschen Apparate, Heissluftbäder etc. gute Dienste. Die Aetiologie der Arthritis ist von wesentlichem Einfluss auf die Indikationsstellung.

3. **Stein** (Wiesbaden). Ueber einen neuen Apparat zur Behandlung versteifter Schultergelenke.

4. **Gottstein** (Reichenberg). Zur Frage der Deformitätenkorrektur mittels portativer Apparate. Vortragender behandelte 34 Fälle gonitischer Kontraktur mit korrigierenden portativen Apparaten. Diese Behandlung dauerte 6 Wochen — ½ Jahr. Ferner wurden 42 Fälle von genu valgum, 11 von genu varum, analog behandelt. In der Nachbehandlung des Klumpfusses wurde 22 mal der korrigierende portative Apparat verwendet.

Diskussion: **Schanz** operierte eine Ankylose der Kniescheibe durch Interposition eines parapatellaren Schleimbeutels.

5. **Dreuw** (Berlin). Ein neues System der Massage. Benutzt wurde der Wasserstrahl, der, durch feine Löcher von mit Gummi überzogenen Sonden etc. ausfliessend, eine Vibration dieser Gummidecke hervorruft.

6. **Riedinger** (Würzburg). Demonstration eines Verband- und Extensionstisches. Der Kranke liegt auf einem Gurtensystem; das Eigenartige des zweckmässigen Tisches beruht in der absolut sicheren Fixierung des Fusses in jeder gewünschten Drehstellung durch ein Gurtensystem.

Nachmittagssitzung um 5 Uhr.

1. **Schulthess** (Zürich). Ueber Skoliosenbehandlung in der Schule Referent entwickelt seine Ansichten an der Hand folgender Thesen:



I. Rückgratsverkrümmungen sind Symptome gewisser Krankheiten oder auch die Folge unphysiologischer mechanischer Beanspruchung des Skeletts. Sie entstehen:

1. Durch Formfehler, die angeboren oder durch Verletzung erworben sind.

2. Durch Erkrankungen, welche die Festigkeit des Knochenmaterials unphysiologisch vermindern (Rhachitis, Osteomalacie). Diese Gruppe liefert die grösste Zahl.

3. Durch zwangsweise Abänderung der mechanischen Funktion der Wirbelsäule, sei es auf dem Wege der Erkrankung oder Schädigung gewisser Organsysteme, sei es durch äusseren Zwang.

Die aufgezählten Ursachen können für sich allein vorhanden oder miteinander kombiniert sein.

Die Rückgratsverkrümmungen entwickeln sich der Intensität nach der Dauer ihrer Ursachen entsprechend.

Die Neigung zur Verschlimmerung, die den Rückgratsverkrümmungen in hohem Masse innewohnt, erklärt sich teilweise aus dem Fortbestehen der erzeugenden Ursache, teilweise aus den der einmal geschaffenen Verkrümmung folgenden Wachstumstörungen.

II. Eine Schulskoliose von spezifischer Form ist bis jetzt nicht nachgewiesen. Nicht in der Fixierung bestimmter, durch die Schule veranlasster Stellungen, sondern in der durch das Schulsitzen den Kindern gegebenen Gelegenheit, bei schon vorhandener Verkrümmung und bei schwachem Skelett in zusammengesunkener Haltung stundenlang zu verharren, in der durch den Bewegungsausfall veranlassten Verkümmerung des Skeletts und der Rumpfmuskulatur ist der Einfluss der Schule zu suchen.

III. Bei 25 bis 50 % der Schüler findet man eine unschön entwickelte, mehr oder weniger fehlerhafte Wirbelsäule. Bei 8% deutliche Verkrümmungen.

IV. In Anbetracht der Ursachen deckt sich die Prophylaxe der Rückgratsverkrümmungen mit dem Kampfe gegen die Rhachitis, die Tuberkulose, die Volksseuchen, den Alkoholismus, die Degeneration der Rasse. Eine sehr wichtige Rolle kommt der Verbesserung der Säuglingsernährung zu.

V. Die verhältnismässig grosse Zahl der Schüler, die von Rückgratsverkrümmungen betroffen oder bedroht sind, die unverkennbare Schädigung, welche dieselben durch den Schulzwang erleiden, das tiefe Einschneiden der Behandlung in den Erziehungsplan zwingen die Schule sich aktiv bei der Prophylaxe und Behandlung zu beteiligen.

VI. Die Schule soll der Erfüllung der Forderungen der allgemeinen Schulhygiene (gute Beleuchtung, gute Subsellien) noch hinzufügen die bessere Pflege des Bewegungsapparates des Kindes durch die Einführung einer täglichen Bewegungsstunde, womöglich im Freien, Beschränkung der Sitzzeit, Förderung der Halbtagsschule.

VII. Die Behandlung von Rückgratsverkrümmungen ist Sache von Ärzten, die auch auf diesem Spezialgebiet ausgebildet sind. Da nicht überall orthopädische Spezialärzte vorhanden sind, so sollen von unserer Gesellschaft Ärztekurse angeregt werden, in welchen die Teilnehmer Gelegenheit haben, sich mit der Pathologie und Therapie der Rückgratsverkrümmungen vertraut zu machen.

VIII. Zum Zwecke der Behandlung der mit Rückgratsverkrümmungen behafteten Kinder soll sich die Schule mit bestehenden Krüppelanstalten, orthopädischen Kliniken und Polikliniken in Verbindung setzen, behufs Schaffung von Ambulatorien, und soll diesen Anstalten diese Kinder zuweisen.

IX. Die Schule soll für gewisse Kategorien von Kindern, welche viel Zeit auf orthopädische Behandlung verwenden und doch nicht in eine Anstalt als Interne aufgenommen werden müssen, Spezialklassen für körperlich Schwache, mit beschränkter Schüler- und Stundenzahl, schaffen.

X. Das System des sog. Skolioseturnens, d. h. der Organisation von Turnkursen für Skoliotische unter Leitung eines Turnlehrers, ist den obigen Forderungen entsprechend abzuändern.

2. **Schanz,** (Dresden): Über Skoliosenbehandlung in der Schule: Vortragender untersuchte an der Hand der Aushebungslisten der sächsischen Armee die Frage, wieviel Leute infolge Rückgratsverkrümmungen militäruntauglich seien. Es ergab sich die geringe Zahl von 7 auf 1000, wobei zu berücksichtigen ist, dass in diesen Zahlen ausser den Skoliotischen auch noch die Spondylitiker figurieren.

3. **Mayer,** (Cöln): Beobachtung bei sechsjähriger Skoliosenbehandlung in der Schule. Vortragender hat in dieser Zeit gute Erfolge erzielt.

4. **Spitzy,** (Graz): Zur körperlichen Erziehung in der Schule. Vortragender sieht, wie er schon in einer Diskussionsbemerkung hervorgehoben hat, den springenden Punkt der Therapie in der Prophylaxe, und zwar besonders in der gefährdeten Periode, in welcher das Kind die aufrechte Körperhaltung einzunehmen beginnt. Das Turnen der Kinder gehört vor das Forum des Orthopäden, dem auch, zumal an Universitätsinstituten, die Ausbildung der Turnlehrer zusteht.

5. **Böhm** (Berlin). Ueber Skoliose und Schule. Vortr. stellt folgende Thesen auf. Es gibt keine Schulskoliose, d. h. es gibt keine echten Rückgratsverkrümmungen, die in direkter Linie durch die Schule verschuldet sind. Für die Behandlung der echten Rückgratsverkümmungen ist demnach auch die Schule unter keinen Umständen zuständig. Schlechte Haltungen können zweckmässig in der Schule durch Haltungsübungen bekämpft werden, die im Anschluss an das Turnen und auch ausserhalb desselben unter Leitung von Lehrern vorgenommen werden können. Die Entscheidung darüber, was „schlechte Haltung“ und was „Rückgratverkrümmung“ ist, untersteht dem Schularzt, von dem eine diesbezügliche gründliche orthopädisch-diagnostische Vorbildung zu verlangen ist.

6. **Rosenfeld** (Nürnberg). Ueber Skoliose und Krüppelanstalt R. plädiert für die Angliederung der Skoliosenbehandlung an die Krüppelanstalten.

7. **Muskat** (Berlin). Ueber die Verwertung der Schulpausen zur Bekämpfung der Skoliosen.

8. **Lubinus** (Kiel). Ueber Skoliosenbehandlung in der Schule Die statistischen Erhebungen des Vortr. haben ergeben, dass die Skoliose im Laufe des Schulbesuches nicht häufiger wird.

In der Diskussion wendet sich **Blencke**-Magdeburg gegen die kurzfristigen Ausbildungen der „Turnlehrerinnen“ im Kriechverfahren. **Schlee**-Braunschweig, **Wullstein**-Halle stimmen dem Referenten bei. Einsetzung einer



Kommission zur Bearbeitung einer Eingabe an das Kultusministerium bezüglich dieser Fragen.

39. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

32) Berlin den 30. März — 2. April 1910.

Bericht, erstattet von Dr. Mosenthal (Berlin).

Die diesjährige Tagesordnung des Chirurgen-Kongresses, der unter dem Vorsitz von Bier im Langenbeckhaus in Berlin stattfand, wurde mit dem Hauptthema: „Die chirurgische Behandlung der Epilepsie" eröffnet. Aus dem Referat von **Fedor Krause** (Berlin), der über die operative Behandlung der verschiedenen Epilepsieformen spricht, will ich hier nur die Form der Epilepsie erwähnen, die öfters nach zerebraler Kinderlähmung vorkommt, welche letztere nachgewiesener Massen eine ebensolche Infektionskrankheit ist, wie die spinale Form. Im akuten Stadium der zerebralen Kinderlähmung darf nicht operiert werden, wenn jedoch Epilepsie dazu tritt, soll stets operiert werden. Man findet fast stets sklerotische Veränderungen oder Cysten, die ebenso, wie das primär krampferzeugende Zentrum, zu exstirpieren sind.

Hildebrand (Berlin), der über Rückenmarkschirurgie referiert, wirft zunächst die Frage auf, ob bei Verletzungen chirurgisch eingegriffen werden soll. Wenn die Resultate bei Verletzungen auch keine sehr guten sind, so muss man doch in Betracht ziehen, dass die Patienten meist durch Blasen-, Mastdarmlähmungen zu Grunde gehen, und dass so der operative Eingriff gerechtfertigt ist, wenn die Lähmungserscheinungen nicht bald zurückgehen. Er unterscheidet Querläsionen mit Kongruenz der motorischen und sensiblen mit schlaffen Lähmungen und partielle mit Inkongruenz der sensiblen und motorischen Störungen und Spasmen.

An der Halswirbelsäule soll man sich hüten einzugreifen, da bei zerstörtem Wirbelkörper durch die Entfernung der Bögen die Tragkraft der Wirbelsäule leidet, während dies bei Operationen in tieferen Abschnitten nicht der Fall ist.

Sollen wir und wann bei spondylitischen Lähmungen operieren? Da wir Befunde, wie sie manchmal festgestellt wurden, wie walnussgrosse Tbc. Herde oder flächenhafte Granulationsherde, äusserlich nicht diagnostizieren können, und diese natürlich durch orthopädische Massnahmen nicht beseitigen können, so ist ein operativer Eingriff dort gerechtfertigt und zwar dann, wenn nach kurzer Zeit orthopädisch-konservativer Behandlung kein Rückgang der Lähmungen zu konstatieren ist. Bei Tumoren ergibt sich die Frage der Operation aus der Diagnose. Von 35 Laminektomien starben 4 von 10 wegen Verletzung operierte, von 9 Tuberkulosen starb keine, jedoch nur eine wirklich gute Heilung, 4 blieben ohne Besserung, die übrigen gebessert, von 15 wegen Tumor operierten starben 2.

Küttner (Breslau): Ueber die Förster'sche Operation bei Little'scher Krankheit. K. eröffnet die Debatte über die F. Operation, indem er über 10 operierte Little'sche und ähnliche Fälle berichtet. 9 Kinder, 1 Erwachsener von 21 Jahren ohne Todesfall. 8 reinen, sehr schweren Little-Fällen, die meist als hilflose starre Klötze, fast unbeweglich, ans Bett gefesselt waren, wurde durch die Operation die Beweglichkeit ihrer Glieder wiedergegeben. Durch die Operation werden natürlich nur die Spasmen aufgehoben, während die sekundären Deformitäten noch durch Sehnen-Plastiken zu beseitigen sind. Die Resultate sind glänzende, und die Kinder, die $1^1/_2$ Monate bis $1^3/_4$ Jahr nach der Operation sind, können fast alle an 1 oder 2 Stöcken herumlaufen und in Rückenlage ihre



Extremitäten frei nach allen Richtungen bewegen. Die Kinder wurden 2zeitig, Erwachsene 1 zeitig operiert, in Zukunft will K. jedoch die Operation auch bei kräftigen Kindern einzeitig ausführen. Zur Orientierung gilt, dass die 1. Sakralwurzel dem 5. Lumbaldornfortsatz entspricht. Er legt die Kinder gleich nach der Operation in Korrektionsstellung in Gipshülsen nnd beginnt möglichst bald mit täglich öfters wiederholten Gehübungen, die aufs gewissenhafteste monate-, selbst jahrelang durchgeführt werden müssen.

Förster stellt 5 von **Gottstein** (Breslau) operierte Fälle vor. Ein 27jähriger Mann, der nach Encephalitis 3 ausser dem rechten Arm spastisch gelähmte Extremitäten hatte, konnte unmittelbar nach der Operation dieselben wieder bewegen. Eine Tenotomie zum Ausgleich der Verkürzung der Handflexoren war ohne Erfolg; ferner wurde eine einseitige luetische Lähmung mit nur geringem Erfolg operiert, da die Krankheit noch progredient war.

Ein Little mit gutem Erfolg, ein Little mit epileptischen Krämpfen starb 2 Tage nach der Operation. Ein Fall von spastischer Spinalparalyse starb an Meningitis. Er empfiehlt das einzeitige Verfahren; Blutungen in die Dura sind durch stumpfes Vorgehen und Adrenalintupferauflegen vor Eröffnung der Dura zu vermeiden, gleich nach der Operation sollen Gipshülsen angelegt werden.

Wendel (Magdeburg) hat einen Fall von spastischer Paralyse des rechten Beines mit Sensibilitätsstörung nach Stichverletzung des Rückenmarks nach Förster operiert, Resection der 3., 5. Lumbal-, 2. Sakralwurzel. Die Spasmen verschwanden, seit 8 Tagen Zehenbeweglichkeit, nirgends Entartungsreaktion, aber herabgesetzte Erregbarkeit, die Beinmuskeln ausser dem Quadriceps sind aktiv beweglich, dieser wird später durch eine Plastik ersetzt.

Klapp (Berlin) hat 6 Fälle operiert, bei einem sehr schweren 7jährigen Little waren Tenotomien erst ohne Erfolg; nach der Operation verschwanden die Spasmen sofort, er empfiehlt zunächst ausgedehnte Plastiken zu machen und nach 8 Tagen die Förstersche Operation. 1 Fall, der zweizeitig operiert wurde, verlief nicht ganz aseptisch, ein Fall starb am 6. Tag an Bronchopneumonie.

Biesalski (Berlin) 2 Fälle, von denen einer nach eitriger Joddermatitis starb, der 2te liegt jetzt im Gipsverband, er empfiehlt zunächst ein Jahr lang orthopädische Massnahmen, bevor man an die Operation geht, und die sekundären Erscheinungen vor der Försterschen Operation durch Plastiken zu beseitigen.

Göbell (Kiel) hat einmal bei Hydrocephalus internus mit einseitiger spastischer Lähmung mit gutem Erfolg operiert; ein schwerer Fall von Little, bei dem die Muskeln kurz nach der Operation schlaff wurden, zeigt jetzt wieder Spasmen, er wirft die Frage der Regeneration der Wurzeln auf, die dann eventuell geknotet oder umgeklappt und vernäht werden müssten.

Brodnitz (Frankfurt a. M.) empfiehlt bei zweizeitigem Operieren, die erste Sitzung erst bei der Skelettierung zu beendigen.

Franke (Braunschweig) glaubt, bei Anerkennung der Methode durch Muskel- und Sehnenoperationen ähnliche Erfolge zu erreichen, dagegen empfiehlt er, die Operation öfters bei Tabes anzuwenden.

Tietze (Breslau), der seinerzeit die erste Förstersche Operation ausgeführt hat, hat im Ganzen 9 × mit 3 Todesfällen operiert. 2 Little, 1 spondylitische Lähmung, einmal bei gastrischen Krisen, Sklerose und Frakturen. Die Operation wird von Kindern leichter ertragen, als von Erwachsenen.

Spitzy (Graz) erinnert zum Ausgleich sekundärer Erscheinungen an die Nervenplastik.



Moscowicz (Wien) hat 2mal, erst vor kurzem, wegen gastrischer Krisen operiert. Endresultat steht noch aus.

Küttner (Schlusswort) glaubt, dass eine Regeneration der durchschnittenen Wurzeln nicht zu befürchten sei, die Resultate bessern sich von Tag zu Tag, der Zeitraum sei aber noch zu kurz, um ein definitives Ergebnis festzustellen, man solle jedenfalls nicht zu früh die orthopädischen Operationen nach der F. beginnen, die orthopädischen Operationen vor der Försterschen scheitern meist an dem Mangel willkürlicher Bewegungen, sollen daher nachher ausgeführt werden. Bei gastrischen Krisen und progredienten Erkrankungen ist die Indikation zur Operation mit grösster Vorsicht zu stellen; man sei jedenfalls Förster zu grossem Dank verpflichtet, der diese neue Methode erdacht habe.

Förster (Schlusswort) berichtet, dass Regeneration beim Tierexperiment nicht besteht.

Aschner (Wien). Ueber Folgeerscheinungen nach Exstirpation der Hypophyse. A. hat festgestellt, dass das gesamte Körperwachstum nach H.-Exstirpation proportional zurückbleibt, die Hypophyse ist auf Grund seiner Versuche kein absolut lebenswichtiges Organ, schwere Dystrophien und echter Zwergwuchs beruht mit grösster Wahrscheinlichkeit auf Hypophysendefekt.

Lexer (Königsberg). Zur Gesichtsplastik. L. bringt einige Neuerungen und Modifikationen zur Rhinoplastik nach Schimmelbusch, die er immer noch für die beste Methode bei totalem Nasendefekt hält. Er legt grossen Wert darauf, die innere Nase sofort mit Haut zu überkleiden, die Modellierung der Nasenwurzel wird durch subkutane Gewebsentfernung, der Nasenspitze durch Einsetzen eines kleinen Knochens an der Spitze erreicht. Das Septum wird aus Schleimhaut der Oberlippe gebildet, gute Dienste leistet der Ohrknorpel.

Beschreibung von Ohrplastiken, bei doppelseitiger Hasenscharte mit zu kurzer Oberlippe nimmt er ein kleines Läppchen aus der Unterlippe, ferner beschreibt er einen Fall von Wangen- und Lippenplastik, beim Mann verwendet er behaarte Lappen aus der Temporalisgegend.

Lexer: Gelenktransplantation. L. demonstriert 4 Fälle von Gelenktransplantation, er verwendete stets frisch amputierte Gelenke, die Erfolge sind glänzend. Bei einem 20jährigen Mädchen überdeckte er das Gelenk mit Hydrocelenhaut, das gab aber dicke schwartige Massen, die die Funktion behinderten. Ob man die Synovialis mit fortnehmen soll, darüber kann er noch keine Auskunft geben. Belastet man zu zeitig, so wird der Knorpel geschädigt, bei einem Fall von zentralem Sarkom der Tibia, bei dem $9^1/_2$ cm reseziert und durch ein frisch amputiertes Knie ersetzt wurden, machte er erst $^1/_2$ Jahr nach der Operation Gehübungen. Bei einem andern Fall von Sarkom ist ein Sarkomrecidiv in das transplantierte Gelenk hineingewachsen, und es musste amputiert werden.

Wolff (Potsdam) demonstriert einen Fall von Ersatz eines Fingerphalanxgelenks durch ein Zehengelenk mit guter Beweglichkeit. Der Zehendefekt wurde durch Rippenknorpel ersetzt.

Rehn jr. (Königsberg.) berichtet ebenfalls über seine schon voriges Jahr vorgetragenen Versuche von freier Gewebsplastik. Der autohomoplastische Ersatz sei der beste. Der Erfolg sei an Herstellung normaler Sehnenspannung und frühzeitige Inanspruchnahme der Sehne geknüpft. Neuere Operationen sind mit gutem Erfolg ausgeführt. Ersatz der Quadriceps — durch Achillessehne. 2 Fälle von myogener Kontraktur der Hand, durch Sehnen von einem ampu-

tierten Unterschenkel ersetzt, gaben 8 Wochen nach der Operation einen sicheren Erfolg, eine epigastrische Hernie wurde ebenfalls statt mit Drahtnaht durch eine lebenswarme Sehne ersetzt. Die freie Fetttransplantation, von Czerny 95 zum Ersatz einer amputierten Mamma mit Erfolg ausgeführt, sollte viel mehr verwendet werden. Schon nach 8 Tagen ist das frisch implantierte Fett von Bindegewebe umgeben und nach Monaten noch gut erhalten; es eignet sich glänzend zum Ausfüllen von Hautdefekten, Knochenkariesdefekten.

Läwen (Leipzig) demonstriert einen Fall von Bauchhernie, der durch Aufsetzen eines Periostlappens geheilt wurde.

Kirschner (Greifswald) schildert die Vorzüge der freien Faszientransplantation: Autoplastik ist stets möglich, da in der Fascia lata stets genügend Material zur Verfügung ist. Die Fascie schrumpft nicht und wird sich auch bei orthopädischen Operationen bewähren an Stelle von Katgut und Seide bei Sehnendefekten, bei Defekten an der Körperwand, Bauchdecken, Blase. Die funktionellen Resultate sind hier jetzt sehr gut, und ist hervorzuheben, dass auch an der materialspendenden Stelle keine Schädigung entsteht. Payr hat mit gutem Erfolg bei kongenitaler Ptosis einen Fascienstreifen ins obere Lid eingelegt.

Bauer (Breslau) berichtet über mit Dr. Weil an der Breslauer Klinik ausgeführte Knochenkonservierungsversuche, um ein dem lebenden periostgedeckten Knochen physiologisch möglichst nahestehendes Material ständig zur Verfügung zu haben. An 50 Hundeversuchen wurden exstirpierte Knochen zunächst in konzentrierter Kochsalzlösung, der dann indifferente Antiseptica, Toluol, Chloroform zugesetzt wurde, dann in Serum getöteter Tiere, in Lookscher und endlich in der dem Blutplasma isolonischen Ringerschen Flüssigkeit aufgehoben, bei 0—1° Temperatur im Morgenrotschen Eisschrank, letztere Flüssigkeit bewährte sich am besten. Alle so konservierten Knochen heilten reaktionslos ein, und selbst die 3 Wochen aufgehobenen Knochen kamen zur festen Konsolidation, im Gegensatz zu Kontrollversuchen mit ausgeglühten Knochen und Elfenbein. Ohne ein endgültiges Urteil über den definitiven Erfolg wegen der Kürze der Zeit (2 Monate) abzugeben, glaubt B., dass die so konservierten Knochen allem anderen Ersatzmaterial vorzuziehen seien.

Diskussion: **Ritter** (Posen) empfiehlt die Faszientransplantation zur Deckung von Amputationsstümpfen, bei Sehnentransplantationen hat er mit gutem Erfolg öfter ein Venen- oder Arterienrohr über die Sehnennaht gestülpt.

Hacker (Innsbruck) empfiehlt bei Sehnenverkürzung der Hand, die Beuger durch die Strecker und umgekehrt zu ersetzen, auch die Palmarissehne wurde einmal zum Ersatz der Beuger herangezogen. **Küttner** berichtet über den Ersatz eines Hüftgelenks bei Chondrosarkom durch ein der Leiche zwölf Stunden post mortem entnommenes und in Kochsalz-Chloroform 24 Stunden konserviertes Hüftgelenk, das reaktionslos einheilte, nach unten mittels Elfenbeinstift fixiert wurde. Am Gelenk selbst ist zunächst die Pfanne dem Kopf passend zu machen. **Bier** (Berlin) empfiehlt das Fett zur Plastik speziell zum kosmetischen Effekt zu verwenden.

Wilms (Basel). Fettembolie. Die Fettembolie, die nicht auf dem Blutwege, sondern auf dem Lymphwege zustande kommt, ist, wenn man sie zeitig genug erkennt, zu heilen, und zwar durch Auffangen des Fettes am ductus thoracicus, die Operation ist leicht und der Erfolg glänzend. Die Schwierigkeit besteht darin, dass wir die Anfangssymptome der Fettembolie nicht kennen, und daher oft zu spät kommen. Einmal mit Erfolg ausgeführt.



Dollinger (Budapest) berichtet über die Reposition veralteter Schulterluxationen mittels Durchschneidung der Sehne des Musculus subscapularis und Schnitt von hinten. Die funktionellen Resultate sind besser wie bei den anderen Methoden.

Fink (Karlsbad) stellt einen Fall von veralteter Luxation des Fusses nach hinten mit doppelseitiger Unterkieferluxation vor, die blutig reponiert und geheilt wurden.

Diskussion: **Schlange** (Hannover) bemerkt, dass bei veralteter Schulterluxation der verkürzte Subscapularis ein wesentliches Repositionshindernis sei.

Neuber (Kiel). Ueber die Behandlung der tuberkulösen Coxitis. N. empfiehlt eine weitere Methode zur Freilegung des Hüftgelenks von vorn. Schnitt am inneren Rand des sartorius und rectus femoris, der nach querer Durchtrennung nach unten geklappt und später wieder genäht wird. Gefässe medial verzogen, dann hat man einen guten Einblick ins Gelenk, wenn dann der obere Acetabularrand abgemeisselt wird, liegt der Kopf frei, nach Exstirpation alles erkrankten, (auf den unteren Recessus der Kapsel ist zu achten) wird ein rudimentärer Kopf geschaffen. Das Tbc. virus wird durch Auswaschen mit 5% Formalinseife getötet, das Gelenk ausgetrocknet und 5% Jodoformemulsion appliziert, Kapsel-, Muskel- u. Hautnaht. Der Vorteil dieser Methode besteht im guten Ueberblick über das Gelenk, die pelvitrochanteren Muskeln werden geschont. N. hält es für richtiger, wenn durch das Röntgenbild Knochenherde nachgewiesen sind, diese zu entfernen. Die Resultate seien günstiger als die konservativen.

Fränkel (Berlin) stellt die an der Bier'schen Klinik konservativ behandelten Coxitis-Fälle vor. Die Gonitis tbc. gibt konservativ die relativ schlechtesten Resultate. Nach Beseitigung der Kontraktur-Stellung wird ein Entlastungsverband angelegt. Auch die Tbc. des Fusses verlangt vielmehr Entlastung als Fixation.

Diskussion: **Alapcy** (Budapest) nimmt als Indikation zur Operation an der Hüfte nur die inficierte Fistel an, er empfiehlt an der konservativen Behandlung festzuhalten, die funktionell viel bessere Resultate gäbe, beim Knie soll auch nur bei vorhandenem Eiter operativ vorgegangen werden.

Spitzy (Graz) hält einen operativen Eingriff am Hüftgelenk nur bei Lebensgefahr für indiciert, er rät bei der Tbc. des Schultergelenks den Verband auch in günstigster Stellung, hochstehend und abduciert anzulegen.

Müller (Rostock). Die operative Indikationsstellung bei der Gelenktuberkulose ist schwer allgemein zu bestimmen, er glaubt, dass bei 2 von Fränkel vorgestellten 7 Jahre behandelten und angeblich geheilten Fällen am Fuss noch Tbc. vorhanden sei, er stellt sich auf den von Kocher präcisierten Standpunkt, käsige Herde möglichst frühzeitig zu entfernen.

Perthes (Leipzig) demonstriert einen von ihm erdachten Apparat zur schmerzlosen Erzeugung künstlicher Blutleere mit abgemessenem Druck, der aus einer Hohlmanschette besteht, in die mit einem Ballon Luft eingeblasen wird, verbunden mit einem Manometer, man kann jederzeit die Höhe des Druckes abmessen, auch brauchbar zur Dosierung Bierscher Stauung.

Gocht (Halle) empfiehlt bei starker Kompression (Momburg) unter die Binde Faktiskissen, von Schulze (Duisburg) angegeben, zu verwenden, da er bei Verwendung Momburgscher Blutleere vorübergehend Blut im Stuhl durch Schädigung der Därme konstatieren konnte.

Röpke (Jena) empfiehlt bei genu valgum zwei Knochenschnitte, die



einen mit der Basis nach oben, Spitze nach unten zwischen den Kondylen gelegenen Keil bilden.

Muskat (Berlin) demonstriert einen Lagerungsapparat für genu valgum.

Klapp (Berlin) bespricht die operative Mobilisierung des Kniegelenks. Man soll dieselbe nicht vornehmen, wenn die Tragfähigkeit des Gelenkes nicht gewährleistet ist. Er demonstriert einen Fall, den er nach einer schon früher veröffentlichten Methode (Keilresektion und Verwendung der hinteren Kondylenfläche als Gelenk) operiert hat.

Steinmann (Bern). Ueber Meniskusverletzung und Meniskus bipartitus am Kniegelenk. Die parallele seitliche Verschiebung des Unterschenkels wird nach seiner Meinung nicht genügend zur Entstehung von Meniskusverletzung herangezogen. Eine gewisse Disposition ist nicht zu leugnen.

Ludloff (Breslau) berichtet über eine merkwürdige Knieverletzung, 15jähriges Mädchen mit plötzlichem Schmerz, Krachen und spastischer Steifstellung. Im Röntgenbild fand sich ein kleiner Knochenherd in der Patella; er bemerkt, dass nicht alles Krachen im Gelenk als Arthritis zu deuten sei, sondern auch Knorpelrisse veranlassen dieses Geräusch, er empfiehlt häufiger Probearthrektomien zu machen.

Diskussion: **Katzenstein** (Berlin) rät bei Meniscusverletzung, möglichst immer den Meniscus durch Naht zu erhalten, wenn die Kontinuität noch vorhanden ist.

Deutschländer (Hamburg). Die chirurgische Behandlung der angeborenen Hüftverrenkung. Bei der Krüppelzählung hat sich ergeben, dass von 6000 Luxationen 5000 über 6 Jahre alt sind, bei denen die unblutige Reposition nicht mehr anwendbar ist. Bei der blutigen Reposition hat sich die von Ludloff in Einrenkungsstellung gemachte Schnittführung bewährt, die aber nur zu machen ist, wenn man das Bein in diese Stellung bekommt, sonst empfiehlt D. einen ähnlichen vorderen Schnitt, wie oben Neuber angegeben hat, oder den von Sprengel angegebenen mit Abtrennung des Ansatzes der Fascia lata. Der Muskel ist dann zurückzuschlagen, dann werden die Repositionsakte unter Ausschaltung aller Weichteilwiderstände in Extension möglich. 5 von 6 Fällen sind funktionell gut geheilt.

Diskussion: **Bade** (Hannover) hat unter 160 Fällen 15 mal blutig reponiert. Bei unblutig mit Misserfolg operierten jüngeren Kindern versagte auch die blutige Einrenkung. Er operiert nur einseitig, da die doppelseitig gleichzeitig operierten ungünstigere Resultate geben. **Gocht** weist darauf hin, dass das ausschlaggebende Moment das Vorfinden von guten anatomischen Verhältnissen sei.

Anschütz (Kiel). Demonstration zur Verlängerung verkürzter Extremitäten. Durch Nagelextension und treppenförmige Osteotomie sind Verkürzungen bis 15 cm ausgleichbar. **Steinmann** demonstriert einen neuen Apparat zur Anlegung der Nagelextension.

Ludloff (Breslau). Erfahrungen über Knochennähte bei Frakturen. Bei Frakturen beider Unterarmknochen ist die beste Stellung zur funktionellen Heilung die Mittelstellung. Die Knochennaht wurde in 7 Fällen mit gutem Erfolg ausgeführt, in einem Fall von Oberschenkelfraktur, bei dem Extension nach Bardenheuer und Zuppinger nicht vertragen wurde.

Dreyer (Breslau) demonstriert Präparate von Sehnennähten nach seiner neu angegebenen Methode, die den Vorteil haben, die Sehne nicht zu um-



schnüren und trotzdem quer angelegt sind, die nach 11 Tagen schon freibeweglich gelassen wurden uud gut hielten.

Fabricius (Wien) demonstriert eine grosse am Oberschenkel exstirpierte knorplige Exostose.

Bergel (Hohensalza) hat durch subperiostale Injektion von Fibrin Callusbildung erzeugt und nachgewiesen, dass das Fibrin der wichtigste Bestandteil zur Erzeugung von Callus ist. 3 Fälle von Pseudarthrosen, bei denen andere (Blut) Injektionen versagten, wurden geheilt.

Diskussion: **Rehn** (Frankfurt a. M) empfiehlt bei vorhandenen Zacken bei Fraktur stets den Verzahnungsversuch durch Gegeneinanderstellen der Fragmente zu machen. **König** (Altona) rät bei Frakturen mehr auf das Periost zu achten, und bei Freilegung der Fraktur danach zu sehen, wohin sich das Periost verschlagen hat, und dieses möglichst zu vereinigen. **Wilms** wendet bei Schrägfrakturen die circuläre Umschnürung mit Draht an, bei Querfrakturen benutzt er einen in der Mitte eingekerbten Nagel, um den ein Seidenfaden geschlungen ist, der ganz in das eine Fragment als Bolzen eingelegt wird, nach Adaptierung wird der Nagel an dem Seidenfaden halb herumgezogen, der dann zu gleichen Hälften als Bolzen in den Markhöhlen ruht. Bei der Sehnennaht warnt er vor Nähten, die in der Längsrichtung ziehen und rät früh zu bewegen. **Ludloff** (Schlusswort) macht nochmals darauf aufmerksam, wie wichtig die Mittelstellung bei Vorderarmfraktur ist, und dass nur in dieser Stellung die Verzahnung möglich sei.

Muskat empfiehlt bei fixierten Plattfüssen nach korrigierter Stellung den Mastixverband.

Levy (Breslau) betont, dass beim mal perforant pedis die Beteiligung des Gelenkes nicht von der Wunde ausgeht, sondern dass die Athropathie meist primärer Natur sei, unter 20 Fällen wurde 6 mal operiert, davon 4 glatte Heilungen. Ein Ausbleiben der Heilung bei radikalem Vorgehen bestätige ein noch Vorhandensein der Osteopathie.

Nösske (Kiel). Zur Behandlung venöser Stase und drohender Gangrän. Demonstriert ein Präparat von abgeschnittenen Fingerkuppen, die nur an einer dünnen Hautbrücke hingen. Wurde das fast abgetrennte Endstück breit incidiert, so färbte sich dasselbe mit der in die Hand eingespritzten Lösung, während das nicht incidierte Endglied weiss blieb. Auf diese Weise kann man die drohende Gangrän solcher Endglieder vermeiden.

Diskussion: **Hofmann** (Meran) hat in Südtyrol 11 mal bei Leuten über 40 Jahren mal perforant mit gleichzeitigen Veränderungen an anderen Gelenken bei Alkoholikern vorgefunden. **Sonnenburg** (Berlin) rät den Allgemeinnamen „mal perforant" vollständig zu streichen, und das ulcus je nach der Ätiologie zu benennen, die sehr vielseitig sei.

Nehrkorn (Elberfeld) berichtet über einen Fall von Osteosklerose mit starken Schmerzen, der durch Trepanation der langen Röhrenknochen geheilt wurde. Ätiologie bez. Lues negativ, dagegen war eine Hypoplasie des Marks vorhanden.

Ehrich (Rostock) stellt einen Fall von habitueller, doppelseitiger angeborener Peroneussehnenluxation vor.

Brunner (Münsterdingen). Wundbehandlung. Die Sammelforschung über Hand- und Hautdesinfektion ergibt, dass am meisten immer noch die Fürbringersche



Methode, Seife, Alkohol, Sublimat angewendet wird, von Nahtmaterial wird am meisten Jodcatgut verschiedener Herstellung benutzt, es wird meist trocken operiert, zum Tamponieren neben aseptischem Material meist Jodoformgaze benutzt. Accidentelle Wunden bei Unfallverletzten werden meist aseptisch mit Anfrischung der Ränder (Friedrich) behandelt, offene Frakturen häufig mit Perubalsam behandelt.

Ritter (Posen) hat mit Erfolg die heisse Luft zur Behandlung des Erysipels angewendet.

Hohmeyer und **König** (Altona) haben zur Feststellung des jetzigen Standes der Lumbalanaesthesie 24000 Fälle gesammelt. Resultate: viele Operateure haben die L. wieder verlassen, bei Kindern unter 14 Jahren ist sie nicht anzuwenden, bei Erwachsenen nur dann, wenn eine Allgemeinnarkose oder Lokalanästhesie kontraindiziert ist. Zahl der Versager 9 %. Nachwirkungen: teils unerträgliche Kopfschmerzen, die durch die allgemein anwendbaren spezifischen Mittel unbeeinflussbar blieben, einmal durch Kochsalzinfusion gebessert wurden. 5 Fälle von Abducenslähmung, davon 2 bleibende, vorübergehende Paraesthesien des Ischiadicus. Störungen der Nieren wurden nicht beobachtet, dagegen Erbrechen, Temperatursteigerungen. 4 Asphyxien, die durch künstliche Atmung behoben wurden, 1,7 % Lungenerkrankungen, Bronchopneumonien etc. Todesfälle 1 : 200, davon 4 sofort unter Atemlähmung, Anurie (Apoplexia cerebri). 3 Fälle von Meningitis purulenta.

König, der vor 6 Jahren nach Lumbalanaesthesie bei Patellarfraktur eine Lähmung beobachtete, ist zu Novocain übergegangen und berichtet über einen Todesfall bei Schenkelhalsfraktur vor Beginn der Operation. Todesfälle bei Arteriosklerose sind auf den Adrenalinzusatz zurückzuführen. Auch die Anzahl der Bronchitiden sei nicht geringer wie bei Inhalationsnarkose. Da die L. das Zentralnervensystem, das bei Allgemeinnarkose nicht geschädigt wird, schädigt, hält er es nicht für berechtigt, die L.-A. zum Ersatz der Allgemeinnarkose anzuwenden, sondern fordert strikte Indikationsstellung.

Dönitz (Berlin): Die Nacherscheinungen bei L.-A. entstehen aus chemischen, thermischen und mechanischen Reizen. Cocain reizt am stärksten, weniger Novocain, Stovain, am wenigsten Tropococain, sehr schädlich ist die zersetzte Adrenalinsubstanz. Kalte Lösungen reizen stark, die Lösung soll daher angewärmt sein.

Strauss (Frankfurt a. M.) greift die Königsche Statistik an. Er hat unter 30000 gesammelten Fällen nur 1 : 1800 Todesfälle feststellen können.

Müller (Rostock) wendete in 2000 Fällen immer Stovain an. Die Kopfschmerzen seien durch Regulierung des zentralen Druckes — bei Ueberdruck Ablassen von Zereb.-Flüssigkeit, bei Unterdruck Kochsalzinfusionen — zu regulieren.

VI. Kongress der Deutschen Röntgen-Gesellschaft in Berlin, 3. April 1910.

33)

Bericht, erstattet von Dr. Richard Radike in Berlin.

Vorsitzender: Privat-Dozent Dr. Holzknecht, Wien.

I Therapeutische Vorträge, Vorträge aus der innern Medizin, chirurgische Vorträge.

1. **H. E. Schmidt** (Berlin). Inoperables Sarkom der Hals- und Achseldrüsen, Inoperables Sarkom der linken Tonsille mit Drüsen-



Metastasen, Angiomatöser Tumor der linken Wange, erfolgreich mit Röntgenstrahlen behandelt. Ein bereits einmal operiertes Lympho-Sarkom der rechten Halsseite mit Metastasen in Hals- und Achseldrüsen ist durch Bestrahlung mit günstigem Resultat behandelt. Desgleichen ein Tonsillensarkom. In beiden Fällen traten während der Bestrahlung neue Metastasen auf, die beide Male auch mit Erfolg bekämpft wurden. Redner gibt die Art der Technik derartiger Bestrahlungen genauer an. Ein weiterer Fall, der augenblicklich noch in Behandlung ist, macht gute Fortschritte. Der Angiomfall zeigte bereits nach 6 maliger Bestrahlung ein günstiges Resultat. Krankenvorstellung.

In der Diskussion berichten Müller und Rosenblatt über ähnliche mit gutem Erfolg bestrahlte Fälle.

2. **Albers-Schönberg** (Hamburg). Die Röntgentherapie in der Gynäkologie. Fortsetzung des Berichts vom vorjährigen Kongress über die Uterusbestrahlungen. Von den im Vorjahre berichteten Fällen sind bei 6 Myomerkrankungen die Blutungen völlig beseitigt, nur in einem Fall sind geringe, aber beschwerdefreie Blutungen eingetreten. Redner berichtet über 10 neue Myomfälle, von denen 2 gebessert, einer ungeheilt und 7 geheilt sind. Die Dauer der Bestrahlungen war um so kürzer, je älter die Patientin war, z. B. bei einer 50 jährigen Patientin 72 Minuten, bei einer 41 jährigen 398 Minuten. Schädigungen sind keine aufgetreten. Vortragender warnt nochmals ausdrücklich davor, ausgeblutete Frauen mit Herzschwäche einer Röntgenbehandlung zu unterziehen.

3. **Gauss** (Freiburg). Ueber Tiefenbestrahlungen in der Geburtshilfe und Gynäkologie. Bericht über die Versuche mit Röntgenbestrahlungen in der Freiburger gynäkologischen Klinik. Es sind im ganzen 40 Fälle bestrahlt worden: 1 Fall von Carcinom, 10 Fälle von Myom, 12 Fälle von Metrorrhagie, 9 Fälle von Dysmenorrhoe, ferner Tuberkulose der Genitalien und des Bauchfelles und schliesslich Pruritus vulvae. Die Resultate sind im allgemeinen gut zu nennen. Es sind auch 5 Fälle von Gravidität zu Erzeugung von Abort und Sterilität bestrahlt worden, darunter 3 mal erfolgreich.

4. **Reifferscheid** (Bonn). Histologische Studien über die Beeinflussung menschlicher und tierischer Ovarien durch Röntgenstrahlen. Nach diesen Untersuchungen beim Menschen und beim Affen ererscheint die spezifische Wirkung der Röntgenstrahlen auf die Ovarien erwiesen.

In der Diskussion berichtet Krause über 20 in der Jenenser Klinik von Faber mit günstigem Resultat vorgenommene gynäkologische Bestrahlungen. Hänisch hat bis jetzt 15 gynäkologische Fälle mit Bestrahlung behandelt, davon sind 9 bereits abgeschlossen, ein Misserfolg ist zu verzeichnen bei einer verhältnismässig jungen (34 jährigen) Patienten mit submukösem Myom, die erfahrungsgemäss sich für die Bestrahlung nicht eignen. Reifferscheid berichtet über 23 Fälle in der Bonner Klinik, die in derselben Weise behandelt sind. Im Gegensatz zu Albers-Schönberg hat er auch junge Frauen bestrahlt, davon sind 2 geheilt, 6 gebessert, 6 ungeheilt, 9 haben sich der Behandlung entzogen. Frank Schultz warnt vor Vergleichen über die Einwirkung der Röntgenstrahlen bei den Tier- und Menschenversuchen. Köhler berichtet über seine Technik der gynäkologischen Bestrahlung.

5. **Quiring** (Hamburg). Ueber Röntgentherapie mit abgekürzter Expositionszeit.

6. **Hessmann** (Berlin). Massendosierung bei Tumoren. Bericht über 1 Fall günstiger Beeinflussung des Mammakarcinoms nach Massendosierung.

7. **Schwarz** (Wien). Die praktische Durchführung der Desensibilisierung. Dieselbe erfolgt durch Kompression, infolge deren eine höhere Dosierung erfolgen kann.

8. **König** (Altona). Ergebnisse des Röntgenstudiums an Frakturen für die Therapie. Vortragender bespricht und erläutert an Bildern die Wichtigkeit der Röntgenuntersuchung für die Diagnose der Frakturen und ihre Therapie. Zunächst gibt sie uns Aufschluss, ob die Einrichtung, und wie weit sie erfolgt ist. Sie hilft uns die Fälle aussuchen, in denen blutig vorgegangen werden muss, wie bei Gelenkbrüchen, bei isolierten Frakturen des Radius und der Ulna, bei Verzahnung der Bruchenden. Redner geht dann auf die Wichtigkeit der röntgenologischen Beobachtung der Callusbildung ein. Bei mangelhafter Callusbildung, die sich im Röntgenbilde manifestiert, ist Unterstützung indiciert, d. h. eine lokale Behandlung. Bei Pseudarthrose, wo keine Callusbildung eingetreten ist, muss zur Operation geschritten werden. Vortragender macht im Anschluss daran noch besonders aufmerksam darauf, dass kindliche Frakturen, die mit schwerer Dislokation geheilt sind, später sich oft im günstigen Sinne entwickeln. Es sei daher der blutige Eingriff unter Umständen zu verschieben.

9. **Försterling** (Mörs). Bericht der Kommission zur Erforschung der Wachstumschädigung durch Röntgenstrahlen.

10. **Gocht** (Halle). Bericht der Kommission zur Beratung der Thesen bezüglich Röntgenverbrennungen.

11. **Levy-Dorn** (Berlin). Zur Frage der Idiosynkrasie gegen Röntgenstrahlen berichtet L., dass er bei einem Material von ca. 1000 Patienten, die zusammen in ca. 10000 Sitzungen bestrahlt sind, sowie bei ca. 10000 Fällen, die zum Zweck der Untersuchung den Röntgenstrahlen ausgesetzt sind, nur 2 schwere Verbrennungen aus der ersten Zeit der noch mangelhaften Röntgentechnik gehabt habe, wie sie bei den Anfangsstadien einer neuen Methode erklärlich sei. Eine eigentliche Idiosynkrasie gegen Röntgenstrahlen habe er nie beobachtet. Redner geht auf die von ihm ausgeübte Art der Röntgentechnik ein. Kurze Bestrahlungen bei Massendosierung können bis 50mal wiederholt werden und geben gute Resultate, harte Röhren ziehe er dabei vor. Vortragender bespricht dann näher die Arten der Hautreaktion, die er nicht als vom Gefässsystem ausgehend ansieht, sondern als eine besondere Erregbarkeit des Pigmentgewebes.

In der Diskussion sprechen Holzknecht, Hänisch und Preiser über die Arten und Ursachen der Reaktion.

12. **Holzknecht** (Wien). Demonstration zur Dosierung. Der Apparat besteht in einer Skala zum Saburaud-Noiréschen Instrument.

13. **Davidsohn** (Berlin). Schutz gegen Röntgenstrahlen für Arzt und Patienten.

14. **Walter** (Hamburg). Schutz gegen sekundäre Röntgenstrahlen.

15. **Mayer** (Basel). Die Behandlung der Röntgenschädigungen mit flüssiger Kohlensäure.

Im Anschluss an diesen Vortrag warnt Albers-Schönberg dringend davor nach den letzten traurigen Erfahrungen, Zeit mit irgend einer anderen Behandlung zu verlieren, so wie die Gefahr eines Cancroids vorliege, sondern in solchen Fällen sofort eine chirurgische Behandlung einzuleiten.

In der Diskussion zur Frage des Schutzes gegen Röntgenstrahlen demonstriert Bauer-Berlin eine Röhre, die total mit 2 mm starkem Bleiglas um-



geben ist. Es sprechen ferner Krause, Gocht, Eckstein, Hänisch, Holzknecht, Walter.

16. **Plagemann** (Rostock). Wie weit beeinträchtigen multiple kurzzeitige chirurgische Röntgenaufnahmen das Wachstum der Extremitäten? Demonstration an Röntgenbildern, dass die speziell bei den langdauernden Behandlungen der Luxatio Coxae notwendigen häufigen Aufnahmen zu schweren Schädigungen der Diaphyse führen können.

17. **Dohan** (Wien). Therapie der chronischen Arthritiden, hat bei der Bestrahlungs-Therapie günstige Resultate beobachtet. Es trat ein Nachlassen der Schmerzen ein, sowie der Schwellung und Gelenksteifigkeit. Besonders günstig wurden die Fälle von Arthritis gonorrhoica beeinflusst. Die Bestrahlung erfolgte in Intervalen von 14 Tagen, eine Sitzung, starke Dosis.

18. **Rieder** (München). Kavernen bei Anfangstuberkulose. Demonstration von Bildern grosser Kavernen im obern Lungenbezirk, die sich auskultatorisch und perkutorisch nicht nachweisen liessen.

19. **Lichtenberg** (Strassburg). Ueber Pyelographie. Bericht über Untersuchungen, die an ca. 100 Fällen angestellt sind, betreffend Form, Grösse und Lage des Nierenbeckens bei Einspritzung von Collargol.

20. **Olbert** (Marienbad) und **Holzknecht** (Wien). Oesophagus-Atonie (Pseudoösophagismus). Es handelt sich bei solchen Fällen um hochgradige Schluckbeschwerden als Folge einer Neurose. Die Diagnose ist allein durch Röntgenuntersuchung zu stellen möglich.

21. **Hessmann** (Berlin). Beitrag zur Funktion des Colon. Demonstration.

22. **Graessner** (Köln). Zum Nachweis der Nierentuberkulose im Röntgenbilde. Demonstration eines Bildes von Tuberkulose der Niere und des Harnleiters mit hochgradiger Verkalkung.

23. **Haenisch** (Hamburg). Demonstration einiger seltener Röntgendiagramme.

24. **Eberlein** (Berlin). Beiträge zur Polydaktylie beim Pferde.

25. **Muskat** (Berlin). Bedeutung der Röntgenuntersuchung bei der Differentialdiagnose des Plattfusses.

26. **Haenisch** (Hamburg). Ueber die Bursitis subacromialis mit Kalkablagerung im Röntgenbilde. Demonstration von Bildern dieser Erkrankung und deren Therapie, bestehend in Fixation, Massage, Gymnastik oder im blutigen Eingriff.

In der Diskussion über die Entstehungsursache, die verschieden gedeutet wird, sprechen Kreglinger, Stein, Gocht. Es wird besonders darauf hingewiesen, dass die diesbezüglichen Schatten im Röntgenbilde sich auch noch nach Verschwinden der Schmerzen nachweisen lassen.

II. Technische Vorträge.

27. **Leose** (Bremen). Moment,- Zeit- und Schnellaufnahmen vom Standpunkt des Praktikers. Vortragender empfiehlt die Zeitaufnahme und will die Moment- resp. Schnellaufnahme nur für bestimmte Fälle reserviert wissen. Als Verstärkungsschirm hat sich die Gehler-Folie gut bewährt, was von anderer Seite bestätigt wird.

28. **Kaestle** (München). Die kontrastbildenden Mittel in der Röntgenologie. Bei seinen Untersuchungen, um für das Bismuth einen gefahrlosen Ersatz zu finden, ist es Redner gelungen, als das am wenigsten lösliche



kontrastbildende Mittel das Zirconoxyd ausfindig zu machen. Er empfiehlt dasselbe in einem Zusatz von 25 g zu einem Gemisch von 500 g Milch und 20 g Mondammin. In der Diskussion weisen Haudeck und Lorey darauf hin dass das Bismuth. carbon. als nicht giftig durchaus empfehlenswert sei.

29. **Fürstenau** (Berlin). Einige Neuerungen an Röntgenröhren-Demonstration einer Vorrichtung zum Regenerieren sowie zur Verhinderung der schädigenden Wirkung des Schliessungsstromes.

30. **Schmidt** (Berlin). Ueber Röntgenaufnahmen innerer Organe unter stets gleichen Normen (Normalaufnahme) und die dazu notwendige Technik. Fixationsapparat für Röntgenaufnahmen.

31. **I. Rosenblatt** (München). Ueber „Schärfe" und „Kontrast" von Röntgenbildern.

32. **Holzknecht** (Wien). Demonstration zur Röntgenregulierung durch Erwärmung.

33. **Gocht** (Halle). Ueber Röntgenbilder. Verbesserung am Röntgenschaukasten. Vorschläge für die Vergleichung von Röntgendurchleuchtungen. Besprechung der Art der Herstellung plastischer Bilder, daran anschliessend Demonstration 2er Apparate.

34. **Dessauer** (Aschaffenburg). Fortschritte in der Moment-Röntgenographie. Vorstellung von Bildern, die in $^1/_{100}$ Sekunde Expositionszeit angefertigt sind.

35. **Klingelfuss** (Basel). Bericht über Vergleichmessungen der Sabouraud- und Noiréschen Reaktionsdose mit absoluten Einheiten. Schilderung einer ausserordentlich exakten Methode der Härtemessung.

36. **Gilmer** (München) berichtet über eine eigenartige Heilung seiner eigenen Röntgendermatitis. Als Folge eines schweren septischen Ekzems, im Anschluss an eine Operation, habe sich die Haut der ganzen Hand abgestossen; jetzt sei es zu einer kompletten Neubildung der Haut und der Fingernägel gekommen, die Hand sei gut gebrauchsfähig.

37. Demonstration eines Apparats von Dr. Robinsohn-Wien zur Präzisionseinstellung von Aufnahmen.

38. **Grisson** (Berlin). Besondere Strahlen. Demonstration plastischer Bilder von Pflanzenfasern und Blumen, aufgenommen mit allerweichsten Strahlen, die in der parallelen Funkenstrecke Funken von 2 mm ergeben. Frank Schultz bemerkt dazu, dass er ähnliche weiche Strahlen zu therapeutischen Zwecken bereits mit Erfolg angewendet habe. Diese Strahlen seien ganz anderer Art als die Röntgenstrahlen. Bei sachgemässer Anwendung wurde bei Bestrahlung von Nävusfällen die Haut nicht angegriffen; ob später allerdings noch eine Reaktion eintreten werde, sei nicht sicher.

III. Projektionsvorträge.

39. **Eugen Fraenkel** und **A. Lorey**, (Hamburg). Die Röntgendiagnose der Rachitis. Lorey stellt schöne Bilder vor von florider und ausheilender Rachitis, in denen sich deutlich der ganze Verlauf der Krankheitsentwicklung beobachten lässt. Es zeigt sich, dass im ersten Stadium die Knochen infolge unregelmässiger Wucherung des Knorpels und Bildung kalklosen osteoiden Gewebes schattenarme, durchsichtige Bilder geben. Die Verkalkungszone fehlt oder ist sehr defekt, keine glatte Linie, sondern zackig ausgefranst. Die Corticalis erscheint im Röntgenbilde oft durchbrochen, vielfach lassen sich Infraktionen erkennen, dieselben sitzen an den Extremitäten beiderseitig meist an

korrespondierenden Stellen, was besonders deutlich an der typischen Infraktion beider Oberschenkel an der Stelle der stärksten Konkavität demonstriert werden kann. Im zweiten Stadium sind die Knochenschatten etwas dichter. Die Verkalkungszone erscheint zwar immer noch als eine unregelmässige, aber immerhin schon etwas dickere Linie, zum Beweis, dass bereits reparative Vorgänge an dieser Stelle eingetreten sind. An der Konkavität zeigen sich deutlich die Schatten der periostalen Osteophyten. Im 3. Stadium sind dieselben noch stärker entwickelt, ebenso verbreitet sich das gezackte Band der Verkalkungszone. Im 4. Stadium ist die Reparation noch weiter fortgeschritten, die Verkalkungszone stellt sich als ein glattes Band dar. Die Corticalis ist noch verdickt. Der Ausheilungsprozess manifestiert sich im Röntgenbilde dadurch, dass die Knochenschatten dunkel sind, die Spongiosastruktur eine deutliche Zeichnung infolge stärkerer Kalkablagerung gibt.

40. **Von Sengebusch** demonstriert zum 1. Vortrage (**Schmidt**-Berlin) ein Bild von erfolgreicher Bestrahlung eines Ostosarkoms des Schädels sowie eines Rhinoskleroms.

41. **Ruediger** (Marburg). Die Organverlagerungen bei Phthise. Demonstration einer Reihe von Bildern, in denen infolge der Narbenschrumpfung die Trachea, das Mediastinum, das Herz und das Zwerchfell der Zugrichtung entsprechend verlagert sind.

42. **Alexander** (Budapest). Ueber Tuberkulose der Lunge, zeigt den Werdegang der Phthise an plastischen Bildern.

43. **Levy-Dorn** (Berlin). Aus der Pathologie der Brustorgane. Demonstration von Bildern des Zwerchfells, des Herzens, Tuberkulose und Tumoren der Lunge und Bronchiektasien.

44. **Köhler** (Wiesbaden). Zur Pathologie der Eingeweide. Bilder von Tuberkulose und Tumoren an der Lunge, Pleuritis adhaesiva, Distomum pulmonale (Erstdarstellung), Verkalkung an einem der grossen Herzgefässe, Wanderniere, Oesophagusdivertikel. Magentumoren, Bewegung des Darminhaltes im Kolon.

I. In der Diskussion demonstriert **Cohn** (Berlin) ein Leberbild.

45. **Haudeck** (Wien). Zur Röntgendiagnose der Ulzerationen an der Pars media des Magens.

46. **Haudeck** und **Holzknecht** (Wien). Radiologie des Magens in typischen Röntgenbildern.

47. **Kaestle** (München). Die kontrastbildenden Mittel in der Röntgenologie. Vergleich der Löslichkeit des Bismuts, des Magneteisensteins und des Zirkons.

48. **Rieder** (München). Die Akromegalie im Röntgenbilde.

49. **Dietlen** (Strassburg). Ueber Pyelographie. Demonstration von Bildern des Nierenbeckens bei Wanderniere sowie bei entzündlichen Prozessen unter Kollargol-Einspritzung.

50. **Rosenthal** (München). Röntgenaufnahmen in $^1/_{1000}$ Sekunde, sowie Demonstration eines Thoraxbildes in $^1/_{3000}$ Sekunde aufgenommen.

51. **Gottschalk** (Stuttgart). Röntgenbilder aus der Tierpathologie Im Anschluss daran zeigt Quiring Bilder von Spondylitis deformans bei Tieren.

52. **Grisson** (Berlin). Ueber Schnell- und Einzelschlagaufnahmen Im Anschluss daran demonstriert Behrendt Aufnahmen der Vorgänge beim Sprechen und Singen.

Zum Vorsitzenden für das Jahr 1911 wird **Walter** (Hamburg gewählt.)



XXII. Kongress der italienischen Chirurgen-Gesellschaft.

34)

Rom, 31. Oktober bis 2. November 1909.

Barbacci, O. Sul mieloblastoma (mieloma multiplo delle ossa a tipo mieloblastico).

B. erläutert einen Fall von multiplem Myelom der Knochen, bei dessen Untersuchung dank der speziellen Erhaltungsverhältnisse des anatomischen Materials mit Nutzen die verschiedensten und modernsten Untersuchungsmethoden des blutbildenden Systems in Anwendung kommen konnten. Das proliferierende Markelement konnte so dem Myeloblasten gleichgestellt werden. — Es folgen kritische Betrachtungen über das Myelom überhaupt und die Bedeutung der Alteration, die nicht so sehr als ein neoplastischer Prozess als vielmehr als Proliferationsvorgang aufzufassen ist.

Magliulo. Ricerche sperimentali sul processo di guarigione delle ferite delle cartilagini articolari.

Magliulo berichtet über einige Untersuchungen über den Heilungsvorgang der Gelenkknorpelwunden. Die Versuche wurden an der Femoralrolle von Hunden ausgeführt, an der mehrere in vier Reihen gruppierte Läsionen hervorgerufen wurden. 1. Oberflächliche Resektion des Knorpels durch nur den Knorpel interessierende Schnittwunde; 2. Knorpel und Knochen interessierende Schnittwunden; 3. Exstirpation eines Knorpelknochenteiles. In der ersten Serie spärliche Reparationsbewegung; die makroskopische Läsion ist noch evident, und mikroskopisch nimmt man eine gewisse Verdichtung der Knorpelkapseln gegen die lädierte Oberfläche und einige Zellfiguren in Karyokinese wahr. In der 2. Reihe wiederholen sich die gleichen Erscheinungen. In der 3. Reihe bemerkt man einen Anfang von Reparation bestehend in einem Bindegewebenetz, das von der spongiösen Substanz ausgeht und den Substanzverlust ausfüllt. In der 4. Reihe sind diese Erscheinungen bedeutender und der Substanzverlust ist durch eine fibröse Bindegewebsbrücke repariert, welche die beiden einander zugewendeten Flächen der Läsion vereinigt. Eine wichtige Erscheinung muss erwähnt werden, nämlich dass auf der Oberfläche dieser echten fibrösen Narbe eine dünne Schicht von kubischen Zellen zu sehen ist, die ganz das Aussehen von Knorpelzellen besitzen. Welches das Schicksal dieser Zellschicht sein wird, kann erst durch im Gang befindliche Versuche von längerer Dauer festgestellt werden.

Martini. Contributo sperimentale all'istogenesi della neoartrosi nelle lussazioni traumatiche.

Redn. hat die Untersuchungen von Grinewtzky und Bajardi über den Gegenstand, deren Resultate in dem wesentlichsten Punkt der Frage nicht übereinstimmen, wiederaufgenommen und ist dabei zu folgenden Schlüssen gelangt:

1. Bei den nicht reponierten traumatischen Luxationen ist die Bildung eines neuen Gelenkes allemal dann möglich, wenn der Gelenkkopf nach Verlassen seiner Höhle Kontakt mit einer Knochenfläche nimmt und auf dieser sich frei bewegt.

2. Die neue Höhle, Resultat einer Knochen-Knorpelbildung, ist bei den vollkommen funktionierenden Gelenken in der Wand mit etwas modifiziertem hyalinem Knorpel, auf dem Boden mit fibrösem Bindegewebe mit Uebergangsstellen zwischen diesen beiden Geweben bekleidet.



3. Die Gelenkkapsel ist auf eine aktive zwischen die die provisorische Hülle um den Gelenkkopf bildenden Elemente eingedrungene Bindegewebsproliferation zurückzuführen, welche diese allmählich substituiert.

Konstant ist sie mit Endothel ausgekleidet. Zuweilen ist es möglich, eine wahre Synovialschicht mit Zotten anzutreffen.

4. Der Deckknorpel des luxierten Gelenkkopfes, welcher bei den gut funktionierenden Gelenken keine erheblichen Aenderungen erleidet, bildet sich bei den zur Ankylose gehenden Prozessen in Bindegewebe und nicht unhäufig in Bindegewebe und Knochen zusammen um.

Der Knorpel der alten Gelenkhöhle verknöchert zum Teil, zum Teil geht er in Bindegewebe über.

5. Die zufällig gebildeten Gelenkflächen sind mit fibrösem Knorpel bekleidet, durch eine bindegewebige Kapsel umhüllt, durch eine syovia-ähnliche Flüssigkeit befeuchtet.

Galeazzi. Ricerche sopra affezioni del sistema osseo.

Die Fälle von Osteitis deformans, die Redn. vorstellt, betreffen sämtlich die obere metaphysäre Region des Femur und stellen verschiedene Grade der Affektion dar, von den Anfangsformen zu den ausgeprägtesten deformierenden Alterationen.

Die Beobachtungen wurden lange Zeit hindurch verfolgt und histologisch studiert.

Auf Grund seiner Untersuchungen ist Redner der Ansicht, dass diese Affektionen weder klinisch noch histologisch als Neoplasien betrachtet werden können, sondern eher als Alterationen entzündlichen Ursprungs oder als Unordnungen in der Entwicklung oder in der bildenden Tätigkeit des Knochens.

Purpura. Sul ripristino funzionale in seguito al taglio dei nervi.

Redner hat es sich zur Aufgabe gesetzt, durch Versuche an Hunden und Kaninchen den Anteil festzustellen. der bei der funktionellen Wiederherstellung der rezidierten Nerven auf die Regeneration der Nervenfasern zurückzuführen ist.

Zur Vermeidung der Funktionsrückkehr auf kollateralen Nervenbahnen hat er sämtliche Nerven, welche sich auf das Hinterbein verteilen, durchschnitten und eine späte nach und nach zunehmende Wiederaufnahme der Funktion beobachten können, die sicher allein der Regeneration der Nerven zuzuschreiben war.

Padula. Fisiopatologia del cammino dopo l'asportazione di tutto il tronco del nervo sciatico.

Es ist der einzige bisher mitgeteilte Fall von Exstirpation des ganzen Ischiaticus. Ein im Bindegewebe der Kniekehle entwickelten, vor acht Monaten exstirpiertes und dann in der Dicke des Nerven von der Kniekehle bis an die Nates wiedergebildetes Sarkom veranlasste den Redner zur Exstirpation des Ischiaticus, von dem er das anatomische Stück vorlegt.

Natürlich erwartete er sich die Lähmung der hinteren Muskeln des Oberschenkels und sämtlicher Muskeln des Unterschenkels und des Fusses. Die vorhergehende Untersuchung aber über die Physiologie der Muskeln der Hüfte und der Flexoren des Oberschenkels sowie der Extensoren des Unterschenkels gab ihm die Gewissheit, dass Pat. ziemlich gut, wenn auch hinkend, würde gehen haben können. Der grösste und durch die vikariierende Funktion anderr Muskelgruppen nicht abstellbare Uebelstand wäre der Schlotterfuss gewesen, der bei jedem Schritt ein übermässiges Heben des Knies nötig gemacht und demnach einen unbequemen und mühsamen Gang gegeben haben würde. Ein orthopädischer Stiefel aber, der imstande war, die Extension des Fusses im rechten Winkel



zu dem Unterschenkel aufzuhalten, würde diesen Uebelstand gemildert haben. Er liess deshalb einen solchen Stiefel konstruieren, und als Pat. am zehnten Tag nach der Operation aufstehen konnte, ging er auf befriedigende Weise. Später wurde sein Gang immer besser und ist heute ohne Stock und ohne weiteren Uebelstand ausser einem mässigen Hinken möglich.

Jacobelli. Su di un caso di monoplegia traumatica segmentale.

Ein 20 Jahre alter Bursche erhielt einen Stockhieb auf den rechten parietalen Höcker, welcher eine kleine Wunde an der getroffenen Stelle und eine vollständige Paralyse der linken Hand hervorrief. Während der ganze linke Arm in dem Schulter- und Ellenbogengelenk bewegt werden konnte, zeigte er vollständige Unbeweglichkeit der Hand und Finger. Nach Verlauf von 15 Tagen nach dem Trauma dauerte die Lähmung fort, und Redner entschloss sich zum Eingriff. Dabei wurde im Elektionszentrum des Armes ein kleines Hämatom gefunden. Dura intakt, kein Splitter. Glatte Heilung. Nach 3 Tagen begann die Beweglichkeit in folgender Reihenfolge wieder aufzutreten: Supination der Hand, Extension der Hand und Finger, Flexion der Hand und Finger, Spreizen der Finger, Gegenstellen des Daumens. Am 6. Tag waren sämtliche Bewegungen vollständig.

Maragliano. Chirurgia dei nervi.

M. berichtet über zwei Fälle von Nervenanastomose wegen Lähmung nach akuter Poliomyelitis ant. infantil. Bei dem einen Kind bestand vollständige Paralyse des N. Cruralis, des N. oburat. und des Ischiaticus popl. int., welche unverändert seit $^3/_4$ Jahren dauerte und mit vollständiger degenerativer Reaktion einherging. Da an Sehnenüberpflanzung nicht zu denken war, weil auch die Flexoren des Oberschenkels stark geschädigt waren, führte Redn. eine Anastomose zwischen dem vollständig gelähmten rechten Cruralis und einem Ast des linken Cruralis aus. Nach 5 Monaten zeigt der rechte Oberschenkel eine ziemliche Volumenzunahme, und es werden leichte Extensionsbewegungen des Unterschenkels gegen den Oberschenkel wahrgenommen. Der linke Quadriceps ist in seiner Funktion nicht im Geringsten geschädigt worden.

In dem anderen Fall mit vollständiger Paralyse des Ischiaticus popl. ext. wurde die Einpflanzung dieses Nerven in den Ischiaticus popl. intern. ausgeführt. Sechs Monate darauf wird schon eine bedeutende Besserung im Gebiet der Fussstrecker wahrgenommen.

Rolando. Teratoma sacro-coccigeo.

Redner berichtet über einen voluminösen ulzerierten kongenitalen Tumor des Kreuz- und Steissbeines mit einem Beckenausläufer bei einem $^1/_2$ jährigen Kind. In Anbetracht des Allgemeinzustandes des Kindes war aller Grund vorhanden, eine tödliche Blutung auch bei raschester Exstirpation zu befürchten. Rolando griff daher zur Präventivblutstillung nach Momburg und es gelang ihm, die schwere Operation, welche die Resektion des Steissbeines und des letzten Kreuzbeinstückes notwendig machte, in Blutleere auszuführen.

Der Tumor wog 750 g. Das Kind genas vollständig. Die exstirpierte Geschwulst bestand aus Enterozysten; der Beckenausläufer enthielt eine gut differenzierte Extremität. Es war also eine bigerminale parasitäre Geschwulst.

Buccheri-Palermo.

35) **B. Cagnetto.** Delle alterazioni rachitiformi sperimentalmente prodotte durante lo sviluppo con tossici non batterici Congresso della Soc. ital. di patologia. Ottobre 1909.

Redner berichtet über die Resultate einer zweijährigen Serie von experi-

mentellen Untersuchungen, die zum Zweck hatten, auf sozusagen spezifische Weise allgemeine Skelettalterationen während des Wachstums zu bedingen.

Die in diesem Sinne, sei es mit toxischen Produkten bakteriellen Ursprungs, sei es mit hochvermögenden chemischen Giften, sei es endlich gleichzeitig mit zwei dieser Faktoren gemachten Versuche ergaben kein befriedigendes Resultat. Es wird so zwar eine schwere Entwicklungshemmung des Körpers gegenüber den Kontrolltieren erhalten, doch betrifft dieselbe den Gesamtorganismus, und die einzelnen Knochen zeigen, morphologisch betrachtet, keine evidenten Deformationen gegenüber der Norm.

Dagegen erhielt C. sehr bezeichnende und konstante Resultate durch Strontiumfütterung. Bei den ganz jungen weissen Mäusen wird so sehr rasch eine Skelettdystrophie hervorgerufen, die makroskopisch wenigstens fast gar nicht von dem schweren Rachitismus abweicht, wie er beim Menschen angetroffen wird. Schwerer noch sind die Alterationen, wenn zu dem Einfluss des Strontiums noch der der kalkfreien Nahrung kommt. Die am meisten betroffenen Knochen sind die des Thorax mit Einschluss der Dorsalwirbel. Die Röhrenknochen der Extremitäten und die flachen Knochen entgehen sicher nicht dem Prozess, doch sind die Aenderungen weniger auffallend und nicht so konstant wie am Thorax. Die mit Strontium gefütterten Mäuse werden zuletzt von Paraparesis und sukzessiver unvermeidlicher Paraplegie, wahrscheinlich infolge toxischer Myelitis befallen. **Buccheri**-Palermo.

36) **Schlesinger.** Gesellsch. f. innere Medizin und Kinderheilkunde zu Wien. 28. V. 1909. (Berlin. klin. Woch. 1909. 46.)

Osteoperiostitis luetica bei einem schlecht behandelten Patienten. Schmerzhafte Schwellungen in den meisten Extremitätengelenken verschwanden unter antiluetischer Behandlung. Die Röntgenuntersuchung ergab an den meisten Extremitätenknochen subperiostale gummöse Auflagerungen.

Ewald-Hamburg.

37) **Lexer.** Verein für wissenschaftliche Heilkunde zu Königsberg i. Pr. 15. 11. 1909. (Berlin. klin. Woch. 1909. 48.)

77 jähriger Mann, bei dem sich innerhalb 10 Jahren langsam die Erscheinungen der Myositis ossificans progressiva zeigten, beginnend in der Muskulatur des linken Schulterblatts, dann auftretend in den Kaumuskeln, in den Hüftmuskeln. Wirbelsäule jetzt völlig versteift. Röntgenbilder zeigten die Verknöcherungen, aber keine Anomalie des Periosts. **Ewald**-Hamburg.

38) **Schultze** (Bonn). Reinisch-westfälische Gesellsch. für innere Mediz. und Nervenheilkunde 14. 11. 09. (Münch. med. Woch. 1910. 1.)

Ueber Poliomyelitis.

Man weiss jetzt, dass es sich um eine echte Entzündung handelt, die nicht nur die Rückenmarkssubstanz, sondern auch die Meningen ergreift. Wahrscheinlich wird das schädliche Agens von den Meningen her dem Mark zugeführt. Bedeutsam sind die positiven Impfversuche auf Affen.

Landsteiner und **Popper**, Knoepfelmacher. Den Erreger selbst kennt man nicht, ebensowenig die Eintrittspforte.

Krause (Bonn) hat bei der path.-anat. Untersuchung regelmässig Darmveränderungen (Schwellung der Peyerschen Plaques, Mesenterialdrüsenschwellung) gefunden. Bei der westfälischen Epidemie gingen in 90% Magendarmsymptome vorher. Ob die sporadischen und epidemischen Fälle ätiologisch zusammengehören, muss noch festgestellt werden.



Meinicke (Hagen) spricht über die Aetiologie. Er hat mit Krause mit dem Material von 7 Obduktionen und 18 Erkrankungen Untersuchungen angestellt. Mit den üblichen mikroskopischen und kulturellen Methoden waren keine Bakterien nachzuweisen. Dagegen konnten Kaninchen und Affen durch Infektion mit Kinderlähmungsmaterial getötet werden; und zwar starben die Kaninchen unter ausgesprochenen Erscheinungen von seiten des Zentralnervensystems. Oefter sind weitere Uebertragungen gelungen, einmal sind die Untersucher bis zur 7. Passage gelangt. Oefter zeigten die Tiere dabei Lähmungen der Extremitäten und Reflexkrämpfe, von denen sie sich manchmal erholten. Lentz (Berlin) ist es gelungen Tiere mit bakterienfrei filtriertem Material unter denselben Erscheinungen zu töten. Die histologische Untersuchung ergab bei einigen Tieren die charakteristischen Erscheinungen am Rückenmark.

Der Meinung Schlossmanns, dass der Enteritismus der Ausdruck einer allgemeinen Sepsis sei, treten Huismans und Krause entgegen. Der Beweis dafür sei erst noch durch die experimentelle Forschung zu erbringen.

Ewald-Hamburg.

39) **Stein**. Verein der Aerzte Wiesbadens. 1. IX. 09. (Berl. klin. Woch. 1909. 47.)

16jähr. Knabe mit Diplegia infantilis spastica. Neben den spastischen Symptomen, die auf einen Prozess in der Hirnrinde hinweisen, sind noch andere Erscheinungen vorhanden, die für eine Beteiligung der Zentren sprechen (Athetose, Nystagmus). Pat. war in auswärtigen Kliniken 22 ganz erfolglosen Eingriffen an den Sehnen unterzogen worden. Durch Schienenhülsenapparate in Verbindung mit einem Korsett wurde er soweit gefördert, dass er jetzt ohne fremde Hilfe gehen, ja sogar radfahren kann.

In der Diskussion betont Guradze gegenüber den Sehnenüberpflanzungen dass er bei spastischen Lähmungen an den unteren Extremitäten stets mit Tenotomien ausgekommen sei. **Ewald** - Hamburg.

40) **Moritz.** Unterelsässischer Aerzte-Verein zu Strassburg. 27. 11. 09. (Münch. med. Woch. 1909. 50.)

Der 53jährige Mann leidet seit 3 Wochen an einer schweren Polyneuritis, die zur Lähmung aller 4 Extremitäten geführt hat. Eine Aetiologie konnte bisher nicht gefunden werden. **Ewald** - Hamburg.

41) **Kausch.** Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins. 28. 6. 1909. (Deutsche med. Woch. 1909. 48.)

Ein 38jähriger Beamter leidet seit $^{3}/_{4}$ Jahren an einem ausserordentlich schweren klonischen Halsmuskelkrampf (linker Sternocleidomastoideus und klavikulare Portion des Trapezius). Exstirpation eines Stücks des sternocleido, Verletzung des nerv. accessorius, Gipsverband, Dunkelzimmer, Scopolamin-Dämmerschlaf blieben ohne jeden Erfolg. Durch Hypnose wurde der Patient wesentlich gebessert. **Ewald** - Hamburg.

42) **Alquier**. Société de neurologie 2. XII. 1909. (Gazette des hôpitaux 1909, Nr. 140).

Demonstration eines Präparates einer alten Spondylitis, das von einer 72jähr. Patientin .tmmats Die Spondylitis war im 29. Jahre nach einem Fall aufgetreten. Pat. musste 3 Jahre liegen, da beide Beine paraplegisch waren; dann kehrte die Funktion wieder, und Pat. konnte sogar arbeiten und blieb bis zum 72. Jahre gesund. Die in der Längsrichtung aufgesägte, vorher in Formol gehärtete Wirbelsäule zeigt eine knöcherne Vereinigung des X. Brust-I. Lendenwirbels, einen tuberkulösen Herd an der Hinterseite der Wirbelkörper, die Dura



vordrängend. Am Rückenmark an dieser Stelle eine quere Narbe und darüber eine Anschwellung. Trotz der persistierenden Kompression Heilung der nervösen Störungen, wie die klinische Beobachtung zeigte.

Ewald-Hamburg.

43) **Ebstein.** Mediz. Gesellschaft zu Leipzig. 26. X. 09. (Münch. med. Woch. 1909. 51.)

Klinische Beiträge zur angeborenen und erworbenen Trichterbrust.

Es werden instruktive Fälle von foetaler Trichterbrust demonstriert. Es scheint, dass die Deformität auch im späteren Leben erworben werden kann. Auch hereditär und familiär ist sie beobachtet worden, ferner scheint sie Beziehungen zu haben zu den progressiven Muskelatrophien und nervösen Erkrankungen. Von der sog. Schusterbrust ist die Trichterbrust zu trennen. Behandlung nach Hoffa: systematische Atembewegungen.

Ewald-Hamburg.

44) **Sérary, Chenet** u. **Jumentié.** Société de neurologie Paris, 2. XII. 09, (Gazette des hôpitaux 1909. Nr. 140.)

Der vorgestellte Patient zeigte als Ausdruck einer Plexus brachialislähmung Funktionsstörung in den Extensoren und kleinen Handmuskeln, Anaesthesie in den letzten beiden Fingern. Die Verletzung war durch einfaches Erheben des Armes entstanden. **Ewald**-Hamburg.

45) **Herzfeld.** Verein der Aerzte in Halle a. S. 1. XII. 09. (Münch. med. Woch. 1910. 3.)

7jähr. Knabe mit isolierter Lähmung und Atrophie des M. Deltoideus, im Alter von $^1/_2$ Jahr 8 Tage nach der Impfung acquiriert. Der Zustand ist trotz langer Behandlung derselbe geblieben. Frage, ob die Lähmung mit dem Impfen zusammenhängt.

Stölzner hält es für unzulässig, die Poliomyelitis, die doch gerade Kinder in den ersten beiden Lebensjahren betrifft, mit der Pockenimpfung in kausalen Zusammenhang zu bringen.

Gocht. Derartige Fälle von isolierter Deltoideuslähmung bekommt man relativ häufig zu sehen. Auch der Fall von Herzfeld gehört in das Gebiet der sog. Kinderlähmung. Als Behandlung ist die Arthrodese des Schultergelenks zu empfehlen. **Ewald**-Hamburg.

46) **Bucciante.** Mediz. chir. Gesellschaft zu Ancona. 12. 5. 09. (Münch. med. Woch. 1909. 50.)

Ein hartnäckiger Schreibkrampf wurde tgl. mit der Bierschen Stauung behandelt (vor- und nachmittags je $^1/_2$ Stunde). Nach 3 Wochen völlige Heilung.

Ewald-Hamburg.

47) **Ahrens.** Verein der Aerzte Wiesbadens. 20. X. 1909. (Berl. klin. Woch. 1909. 48.)

Bei einem doppelten Daumen, von denen aber beide Teile rudimentär entwickelt waren, wurden die beiden guten Hälften nach Längenresektion der einander zugekehrten Hälften aneinandergelegt und vernäht. Heilung mit guter Funktion und Form. Am Daumennagel kaum zu erkennen, dass er aus 2 Hälften zusammengeschweisst ist. **Ewald**-Hamburg.

48) **Brauer.** Gesellsch. f. innere Mediz. und Kinderheilkunde zu Wien. 28. X. 09. (Berlin. klin. Woch. 1909. 46.)

Ein 15 jähriger Knabe wurde vor 2 Jahren mit Chinininjektionen gegen Malaria behandelt. Nach einer Jnjektion in den rechten Oberarm konnte er



den 4. und 5. Finger nicht mehr bewegen, auch die Sensibilität war dort erloschen. Jetzt noch Lähmung des rechten Ulnaris, Atrophie der Muskeln und der Knochen und trophische Störungen der Haut.

Ewald-Hamburg.

49) **Ahrens.** Verein der Aerzte Wiesbadens. 20. X. 1909. (Berlin. klin. Woch. 1909. 48.)

In 6 operierten Fällen von Spina ventosa des Daumenmetacarpale wurde durch freie Knochentransplantation eines Tibiastückes immer Heilung erzielt, einerlei ob kalte Abszesse oder Fisteln die Operation und Nachbehandlung a- oder antiseptisch gestalteten. **Ewald**-Hamburg.

50) **Kausch.** Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins. 28. 6. 09. (Deutsche mediz. Woch. 1909. 48).

Demonstration der Fälle, in denen eine Fingerkuppenplastik aus der Brusthaut ausgeführt worden war. Die Hand wird dabei mit der Dorsalseite an die Brustwand gelegt. **Ewald**-Hamburg.

51) **Hasslauer.** Mediz. Gesellsch. zu Leipzig. 14. XII. 09. (Münch. med. Woch. 1910. 4.)

Ambulante Extensionsbehandlung bei Schenkelhalsfrakturen.

71jähr. Frau mit frischer intrakapsulärer Schenkelhalsfraktur in einem Hessingschen Schienenhülsenapparat, in dem die Frau ohne Beschwerden an 2 Stöcken gehen kann. Das Hüftgelenk ist durch Beckengürtel fixiert, das Bein steht etwas in Abduktion und Innenrotation.

Der Apparat ist nach weiblichen und männlichen, sogenannten Normalmodellen vorrätig zu halten und für jeden Fall anpassungsfähig. Ferner wird eine an jeden Operationstisch anzuschraubende Extensionsvorrichtung gezeigt, mit der bis zu 100 kg Kraftaufwand extendiert werden kann. — Kontraextension durch Perinealschlinge. **Ewald**-Hamburg.

52) **Caussade u. Queste.** Société méd. des hôpitaux de Paris 24. XII. 09. (Gazette des hôpitaux 1909. Nr. 147.)

Vortr. empfehlen die Injektionsbehandlung der Ischias mit Cocain oder Novacain. Gerade veraltete rebellische Fälle werden manchmal sehr schnell, oft nach einer Injektion von 6—8 ctgrm. Cocain geheilt. Meist braucht man allerdings mehrere Injektionen, die alle 3—5 Tage wiederholt werden.

Während bei der rheumatischen Form der Ischias die Kur radikal ist, ist sie bei den symptomatischen Formen (Syphilis, Kompression!) palliativ. — Trotz der hohen Dosen haben die Vortr. in mehr als 30 Fällen nur einmal leichte Vergiftungserscheinungen konstatiert. **Ewald**-Hamburg.

53) **A. Schanz.** Gesellsch. f. Natur- und Heilkunde zu Dresden. 30. X. 1909. (Münch. med. Woch. 1910. 3.)

Zur Behandlung der Kniegelenksdeformitäten. Die Anwendungsmöglichkeit des Redressements ist in weniger Fällen gegeben, als man gewöhnlich annimmt: meist sind die Gelenkflächen so verändert, dass sich die Deformität wiederherstellt, sobald man das Gelenk, das man durch Verbände und Apparate solange in Streckstellung erhalten hat, freilässt. Die orthopädische Resektion setzt zu grosse Verluste, sodass sie nur ausnahmsweise in Frage kommen kann. Die bogenförmige Osteotomie kann bei hochgradigen (90° und mehr betragenden) Ankylosen angewandt werden, ist aber häufig recht kompliziert.



Die supraartikuläre Osteotomie eignet sich für Deformitäten, deren Beugungswinkel weniger als 45° beträgt. Ebenso die infraartikuläre Osteotomie. Die Kombination beider kann Deformitäten von 45—90° ausgleichen.

Die infraartikuläre Osteotomie kann treppenförmig gestaltet werden und so Längenunterschiede der Tibia und Fibula ausgleichen.

Die Erfolge der Methode werden an zahlreichen Photographien gezeigt.

Ewald-Hamburg.

54) **de Champtassin.** Société de médecine militaire française. 4. XI. 09. (Gazette de hôpitaux. 1909. Nr. 136.)

Behandlung des Haemarthros genu.

So früh wie möglich Punktion, sofort danach Bewegungen ohne und mit Widerstand, sowie an medikomechanischen Apparaten. Bericht über 300 Fälle.

Auch Jacob glaubt, dass die Fixation zu Rezidiven, zu dauernden Schwellungen und zu einer beträchtlichen Quadricepsatrophie Veranlassung gibt. Er macht keine Punktion, lässt aber das gestreckte Bein 200—300 Mal am Tage bis zur Vertikalen hochheben. Nach 8—10 Tagen Umhergehen mit steifem Knie. Délorme kann die Notwendigkeit der Punktion nicht einsehen, er bleibt Anhänger der Immobilisation, der energischen Kompression mit nachfolgender Massage und Elektrisierung. **Ewald**-Hamburg.

55) **Preiser.** Aerztl. Verein in Hamburg. 21. XII. 09.

Vorstellung von 2 Patienten mit unblutig behandelten Patellarfrakturen, die in verhältnismässig kurzer Zeit mit funktionell vorzüglichem Resultat heilten. Die Diastase war nicht sehr gross (Röntgenbilder). Wenn auch die Patellarnaht im allgemeinen den Vorzug verdient, so ist doch bei einfachen Querbrüchen und bei geringen Verletzungen des Bandapparates auch mit der unblutigen Behandlung Günstiges zu erreichen. **Ewald**-Hamburg.

56) **Gondesen.** Aerztlicher Verein in Hamburg. 4. I. 10.

Der vorgestellte Pat. hat eine Knieluxation erlitten, wobei der Condylus int. femoris die Haut durchbohrt hatte. Trotz starker Beschmutzung der Wunde trat völlige Heilung ohne Funktionsstörung ein. Behandluug: Stauung, Ausspülung des Gelenks mit Kochsalzlösung, vom 3. Tage an passive Bewegungen.

Ewald-Hamburg.

57) **Levy.** Mediz. Sekt. der schlesischen Gesellsch. für vaterl. Kultur zu Breslau. 5. XI. 09. (Berl. klin. Woch. 1909, 48.)

Auf Grund von Untersuchungen des Mal perforant, das er bei an Tabes, Syringomyelie, Spina bifida und Syphilis Leidenden beobachtete, kommt L. zu der Auffassung, dass das Mal perforant von innen heraus, auf Grund primärer Veränderungen an Knochen und Gelenken entsteht. Röntgenbilder und andere Untersuchungsmethoden zeigen in der Nähe der fraglichen Stelle Knochenbrüche oder Gelenkaffektionen. Die geringe Heilungstendenz rührt von dem bestehenden Synovialfluss her. Mechanische und vaskuläre Momente sind nur auslösende Faktoren. Eine Röntgenuntersuchung ist nie zu unterlassen, sonst Misserfolge selbst bei ausgiebiger chirurgischer Behandlung der Weichteile.

Ewald-Hamburg.



58) **Muskat** (Berlin). Der Plattfuss in seinen Beziehungen zu nervösen Erkrankungen. XXVI. Kongress für innere Medizin. Wiesbaden 1909.

Die Ausführungen betreffen fast ausschliesslich die Beziehungen des Plattfusses zur Tabes und Neurasthenie.

Bei einem Tabiker ist die Entscheidung, ob es sich um eine durch Knochenatrophie bedingte Veränderung des Fussgewölbes oder um eine von der Krankheit unabhängige Plattfussanlage handelt, von Wichtigkeit, da danach die Behandlung einzurichten ist. Für den durch Tabes verursachten Plattfuss empfiehlt Verf. zweckmässige Einlagen, am besten aus dem nachgiebigen und federnden Zelluloid, und Uebungstherapie (Fussspitze beim Aufsetzen des Fusses geradeaus, Belasten des äusseren Fussrandes). Eine grosse Anzahl von Neurasthenikern kommt durch einen Plattfuss zu ihren Beschwerden (daher gründlichste, nicht summarische Untersuchung solcher Patienten), auf der anderen Seite können durch sachgemässe Behandlung des Fussübels die anscheinend rein nervösen Beschwerden zum Schwinden gebracht werden.

A. Stoffel-Heidelberg.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. Dr. **O. Vulpius** in Heidelberg, Luisenstr. 1—3, oder an die Verlagsbuchhandlung **S. Karger** in Berlin NW 6, Karlstr. 15, einsenden.



Zentralblatt
für
Chirurgische und mechanische Orthopädie
einschliesslich der gesamten Heilgymnastik und Massage.

Redigiert von
Prof. Dr. O. Vulpius
in Heidelberg.

Verlag von
S. Karger in Berlin
NW., Karlstrasse 15.

Monatlich erscheint ein Heft im Umfang von 48 Seiten. Preis des Jahrgangs Mk. 15,—. Zu beziehen durch die Post und durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes.

Bd. IV. **Juni 1910.** **Heft 6.**

W. Krause. Skelett der oberen und unteren Extremität. Mit 83 Abb. im Text. Jena 1909. Gustav Fischer. Preis 9 Mk.

Das Buch bildet die 16. Lieferung des „Handbuches der Anatomie des Menschen" von Bardeleben.

Den Orthopäden interessiert namentlich das Kap. III, welches die Architektur der Extremitätenknochen behandelt. Es wird ihm auffallen, dass der Name von J. Wolff hier sehr zurücktritt, das Literaturverzeichnis nennt allerdings 3 seiner wichtigsten Arbeiten.

Besonders wichtig für Röntgenologen und Orthopäden ist die Darstellung der Entwickelung der Extremitätenknochen im Kap. IV und diejenige der Varietäten im Kap. VII.

Von allgemeinem Interesse endlich ist die vergleichende Anatomie der gegenwärtigen und prähistorischen Menschenrassen.

Vulpius-Heidelberg.

G. Sultan. Grundriss und Atlas der speziellen Chirurgie. II. Teil mit 40 farbigen Tafeln und 261 zum Teil zwei- bis dreifarbigen Abbildungen nach Originalen von Maler Schmitson. Lehmanns Medizin. Handatlanten. Band XXXVII. München 1910. Preis 16 Mark.

Den Orthopäden interessiert in diesem zweiten Band speziell die Extremitätenchirurgie. Die wichtigsten angeborenen uud erworbenen Missbildungen der oberen und unteren Extremitäten finden eine allerdings sehr kurze, dem heutigen Stand der Orthopädie aber entsprechende Darstellung hinsichtlich ihrer Symptomatologie und Therapie. Die Gelenkentzündungen der unteren Extremität sind in illustrativer Hinsicht zu kurz gekommen, ebenso die Lähmungs-



therapie. Es sind diese Kürzungen darauf zu beziehen, dass die Orthop. Chirurgie in Band XXIII. der Atlanten bereits eine Bearbeitung erfahren hat. **Vulpius**-Heidelberg.

Herbst. Atlas und Grundriss der zahnärztlichen Orthopädie. Mit 3 vielfarbigen lithogr. Tafeln und 438 schwarzen, z. T. zweifarbigen Abbildungen, München 1910. Lehmanns Med. Handatlanten Band XXIII. Preis 14 Mark.

H. hat der Bezeichnung „Orthodontie“ den obigen Titel vorgezogen, weil die „Orthopädie“ sowohl die Verhütung als die Behandlung von Deformitäten einbezieht. Die Beziehungen der Chirurgischen Orthopädie zu der Zahnheilkunde sind allerdings eng begrenzt, haben aber doch in letzter Zeit speziell hinsichtlich der Orthodontie an Interesse gewonnen, seit wir auf Kieferverbildungen durch Druckwirkung unserer Verbände und Apparate aufmerksam geworden sind. Für den Orthopäden, welcher der mechanischen Therapie die erforderliche Neigung entgegenbringt, ist es gewiss von Interesse zu sehen, wie und mit welchem Erfolg der Zahnarzt korrigierende Kräfte zur Stellungsverbesserung des Gebisses anwendet.

Vulpius-Heidelberg.

Brorström. Akute Kinderlähmung und Influenza. Leipzig 1910. Georg Thieme. Preis 6 Mark.

Eine Epidemie im Bezirk Tingsryd in Schweden, welche Verf. von 1905—1908 studierte, gab B. die Veranlassung, seine von den üblichen durchaus abweichenden Anschauungen über das Wesen der sog. Kinderlähmung darzulegen und zu begründen.

Die jüngsten Epidemien haben gezeigt, dass es neben den typischen Erkrankungen sog. Abortivfälle gibt, bei welchen Lähmungen gar nicht in Erscheinung treten. Solche Abortivfälle wies nun die von B. beobachtete Epidemie in einer Zahl auf, welche die „Lähmungsfälle“ um das Mehrfache übertraf. Dadurch wurde B. zu der Annahme gedrängt, dass die „Lähmungsfälle“ nichts anderes sind als eine kleine Gruppe innerhalb der eigentlichen Epidemie, dass diese Gruppe sich charakterisiert durch die Lokalisation der Infektion im Nervensystem. Das Wesen der eigentlichen Epidemie aber glaubt er als Influenza erkannt zu haben. Die Häufigkeit der Poliomyelitisepidemien in jüngster Zeit bringt er mit dem Neuauftauchen der Influenza in Zusammenhang. Die früheren sporadischen Fälle können als Ausläufer und Reste einer früheren abgeklungenen Influenzaepidemie aufgefasst werden. Es ist aber auch durchaus annehmbar, dass auch andere Ursachen als Influenza diesen sporadischen

Fällen zu Grunde liegen. Das Buch, die Frucht eingehendster Arbeit eines Praktikers, verdient gerade in unseren Tagen die grösste Beachtung.

Vulpius-Heidelberg.

K. Biesalski. Umfang und Art des jugendlichen Krüppeltums und der Krüppelfürsorge in Deutschland. Mit 12 graphischen Darstellungen im Text. Hamburg 1909. Leop. Voss. Preis 30 Mk.

Das umfangreiche Werk stellt das Ergebnis einer Riesenarbeit dar, ihm liegt die amtliche, durch die Bundesstaaten erhobene Krüppelzählung zu Grunde. Zweck dieser Zählung war es, Daten zu erhalten, welche als Fundament einer modernen Krüppelfürsorge dienen können, ferner aber auch die Frage dieser Fürsorge brennend zu gestalten. Diese doppelte Aufgabe ist bekanntlich glücklich gelöst worden, und der Dank hierfür gebührt zum nicht geringen Teil dem unermüdlichen Verfasser des vorliegenden Standard-Werks des Krüppeltums und der K.-Fürsorge.

Dasselbe gibt zunächst die Geschichte, Vorbereitung und Ausführung der Zählung in Deutschland sowie die Technik der Bearbeitung der Zählkarten.

Es folgt das gewaltige Tabellenwerk über die heimbedürftigen und nichtheimbedürftigen Krüppel mit Ausschluss Badens, Hessens und Bayerns, welche ihrer Sonderzählung wegen in einem Anhang untergebracht sind. Die nächsten Kapitel erläutern die Tabellen, ziehen die Hauptergebnisse und die praktischen Folgerungen aus der Statistik. Endlich werden die deutschen Krüppelheime in ihrer Ausbildung und die Forderungen, die an moderne Krüppelheime zu stellen sind, besprochen, wobei die Organisation der Berlin-Brandenburg'schen Anstalt unter des Verf.s Leitung vorbildlich aufgestellt wird.

Eine Bibliographie beschliesst das Werk, dessen Gesamtwert und -Bedeutung über aller Kritik erhaben ist.

Vulpius-Heidelberg.

C. Rosenthal. Die Massage und ihre wissenschaftliche Begründung. Berlin 1910. A. Hirschwald.

Alte und neue Forschungsergebnisse auf dem Gebiete der Massagewirkung, darunter viele aus eigener Arbeit entstandene, fasst R. in diesem Buch zusammen, das Hoffa angeregt hat.

Das erste Kapitel gibt einen Ueberblick über die Geschichte der Physiologie der Massage. Der folgende Abschnitt behandelt die direkten oder lokalen Wirkungen der Massage auf einzelne



Organe: Haut, Fett, Muskel, Blut- und Lymphgefässe, Herz, Blut, Nerven. Kapitel 3 enthält weiter die allgemeinen oder dynamischen Wirkungen der Massage, nämlich auf Stoffwechsel, Diurese, Resorption der Nahrung, Blutdruck und Blutzirkulation, Atmung, das letzte Kapitel endlich die Wirkung auf die Eiweiss-, Galle- und Zuckerausscheidung.

Das Buch bedeutet unzweifelhaft eine wesentliche Förderung der Massage, indem es sie mehr, als dies bisher möglich war, auf das sichere Fundament exakter Wissenschaftlichkeit stellt.

G. Norström. Chronische rheumatische Muskelentzündung und ihre Behandlung durch Massage. Leipzig 1909. Georg Thieme. Preis 0,80 Mark.

G. Norström. Der chronische Kopfschmerz und seine Behandlung durch Massage. Zweite umgearbeitete Auflage. Leipzig 1910. Georg Thieme. Preis 1,80 Mark.

Beide Schriften behandeln das gleiche Leiden, das nach B.'s Erfahrungen ungemein häufig vorkommt und fast ebenso häufig verkannt wird.

Er unterscheidet drei Stadien, das der Schwellung, der Resistenz, der Induration, letzteres der Froriepschen „rheumatischen Schwiele" entsprechend. Das Leiden kann so ziemlich an allen Muskeln vorkommen, es kombiniert sich nicht selten mit aetiologisch analogen, nämlich rheumatischen Affektionen in den Nerven, im Fettgewebe. Speziell der chronische Kopfschmerz wird natürlich nicht ausschliesslich, aber doch sehr häufig durch solche Muskelherde erzeugt, eine Ausnahmestellung wird der Migräne neben anderen Formen der Cephalalgie nicht eingeräumt.

Zahlreiche kasuistische Mitteilungen beleben die gewiss höchst beachtenswerten beiden Broschüren. **Vulpius**-Heidelberg.

F. Wohlauer. Technik und Anwendungsgebiet der Röntgenuntersuchung. Mit 74 Textabbildungen. Stuttgart 1909, Ferd. Enke. Preis 3,60 Mk.

Das Buch will eine kurzgefasste Einführung in die Technik der Röntgenologie geben sowie einen Ueberblick über ihr diagnostisches Anwendungsgebiet. Es soll gewissermassen eine Fortsetzung des Buches von Harras „Vorbereitung zum Arbeiten im Röntgenlaboratorium" sein und verzichtet deshalb auf eine physikalische Einleitung.



In dem der Untersuchungstechnik gewidmeten Kapitel ist in besonders eingehender, dankenswerter Weise die Art der Lagerung der Patienten für die Aufnahme der verschiedenen Körperteile und in verschiedenen Richtungen genau beschrieben und ausgiebig illustriert.

Der nächste Abschnitt beschäftigt sich mit den der Röntgendiagnostik zugänglichen Erkrankungen des Knochensystems, der Brust- und Bauchorgane.

Einige photographisch-technische Winke beschliessen das lehrreiche kleine Buch. **Vulpius**-Heidelberg.

Riesow. Ueber eine durch amniotische Verwachsungen hervorgerufene Missbildung. (Diss. Leipzig. 1909.)

Bei dem vorliegenden Fall handelt es sich um eine durch vielfache amniotische Verwachsungen hervorgerufene Missbildung, die schwere Wachstumshemmungen an der Vorderseite des Brustkorbes in Gestalt einer Stenalspalte mit Ectopia cordis und am Kopfe in Gestalt einer Hemikranie mit Exencephalie sowie mehrfachen Störungen der Gesichtsbildung aufweist. **Blencke**-Magdeburg.

---

1) **J. Goyanes.** Algunas deformidades congénitas raras de las extremidades. (Rev. clinica de Madrid 1909, Band 2. Nr. 13.)

Beschreibung einiger seltener Fälle von angeborenen Missbildungen mit Beigabe von Photographien und Röntgenbildern.

1. Fall. Partieller Riesenwuchs der zweiten und dritten Zehe des linken Fusses verbunden mit Syndactylie bei einem ca. einjährigen Kinde.

2. Fall. Angeborenes Genu varum.

3. Fall. Aplasie bezw. Hypoplasie beider Obenschenkelknochen bei einem dreijährigen Kinde.

4. Fall. Partieller Riesenwuchs des Zeigefingers und des Mittelfingers der linken Hand bei einem zweijährigen Knaben. Die Länge des Mittelfingers betrug 6 cm. Da dies eine Länge ist, welche dem Mittelfinger des erwachsenen Menschen ungefähr entspricht, so wurden die Epiphysen der Fingergelenke operativ entfernt, um ein weiteres Wachstum des Fingers zu verhindern.

5. Fall. 6 Monate altes Kind, welches normal geboren war und folgende Missbildungen zeigte:

Pes plano-valgus rechterseits, Pes varo-equinus mit Syndactylie der 4 äusseren Zehen linkerseits. Von der linken oberen Extremität be-

stand nur ein kurzer Stumpf, welcher im Röntgenbilde die obere Hälfte des Humerus zeigte. Am linken Arm war der Humerus normal, das Ellbogengelenk aber war ankylosiert; der Vorderarm war sehr kurz, und das Röntgenbild ergab, dass nur der Radius vorhanden war, die Ulna hingegen fehlte. Die Hand war gebildet von der Handwurzel, bei der aber keine Knochenkerne sichtbar waren; die Mittelhand bestand aus 3 Metakarpalknochen, die den 3 ersten Fingern entsprachen. Die Finger selbst zeigten nur 2 Phalangen. **Stein**-Wiesbaden.

2) **Arquellada.** Estudio de la sindactilia congénita con motivo de tres casos clinicos. (Rev. de med. y Cir. Pract. de Madrid. 1909. Nr. 1. 101.)

An der Hand von 3 Fällen von angeborener Syndaktylie bespricht A. in ausführlicher Weise die Theorie dieser Missbildung sowie alle bisher zur Operation derselben angegebenen Methoden.

Stein-Wiesbaden.

3) **Kannengiesser.** Experimentelle Untersuchungen über die Händedesinfektion mit Alkohol. (Diss. 1909. Leipzig.)

Auf Grund seiner experimentellen Untersuchungen über die Händedesinfektion mit Alkohol berichtet K. in seiner vorliegenden Arbeit. Die diesbezüglichen Ergebnisse fasst er am Schlusse seiner Arbeit in folgenden Sätzen zusammen.

1. An der Gebrauchshand finden sich regelmässig eine Anzahl von Keimen, die nach den vorliegenden Versuchen meist nach hunderttausenden zählen.

2. Durch einfaches Waschen mit heissem bezw. überheissem Wasser, Seifen und Bürsten lässt sich eine Keimverminderung äusserst selten herbeiführen; in fast allen Fällen ergab sich vielmehr eine erhebliche Keimvermehrung an den Händen nach dem Waschen.

3. Bei künstlich mit Reinkulturen frisch infizierten Händen liess sich dagegen meist eine Verminderung auch durch Seifen erzielen.

4. Absolute Keimfreiheit der Hände liess sich selbst durch die besten bisher bekannten Methoden nicht immer sicher erreichen.

5. Die Versuche nach Ahlfeld ergaben im Durchschnitt eine Keimverminderung von 97,10%.

6. Nach Fürbringers Methode wurde eine durchschnittliche Keimverminderung von 99,77 % erzielt, die selbst noch nach Neutralisation des Sublimates durch Schwefelammonium 99,53% betrug.

7. In beiden Verfahren ist der Alkohol als das wirksame Prin-



zip der Keimverminderung anzusehen, wie auch die allein mit Alkohol angestellten Versuche beweisen. Die vorausgehende Seifenwaschung hatte eher eine Verschlechterung als eine Verbesserung der Resultate zur Folge.

8. Nach den vorgenommenen Versuchen scheint der hochprozentige Alkohol in dieser Beziehung dem minderprozentigen (60%) überlegen.

9. Gewöhnlicher Brennspiritus steht dem Spiritus rectificatissimus in der Keimverändernden Wirkung nicht nach.

10. Ebenfalls sehr gute Ergebnisse wurden mit der von Schumburg angegebenen Alkohol-Aether-Säuremischung erzielt. Indessen wurde diese Lösung von mehreren Versuchspersonen weniger gut vertragen, insofern als die Haut darnach eher spröde und rissig wurde als bei Waschung mit gewöhnlichem Alkohol. Auch hier wirkte eine vorherige Wasserwaschung oder Waschen mit Seife eher ungünstig.

11. Zusatz von Salpetersäure, Formalin, Aceton, Sublimat und Wasserstoffsuperoxyd zum Alkohol, die ausserdem meist nur ein stärkeres Angreifen der Hände verursachten, brachten gleichfalls keine besseren Resultate.

K. stellt als Schlussfolgerungen seiner Untersuchungen folgende auf:

Als Händedesinfektionsmittel kommt dem Alkohol eine ausgezeichnete Wirksamkeit zu. Waschung der Hände vor der Desinfektion ist unnötig, Nachspülen mit antiseptischen Mitteln nicht erforderlich.

In verhältnismässig kurzer Zeit und mit wenig Mitteln durchführbar, bedeutet daher die Alkoholdesinfektion für den Praktiker wie für den Kriegschirurgen ein nahezu ideales Verfahren.

Die günstigen Erfolge wurden mit Spiritus rectificatissimus, Brennspiritus und der Schaumburg'schen Mischung erzielt, von denen das letztere Verfahren aus verschiedenen Gründen (Feuergefährlichkeit, hoher Preis des Aethers, Händeschädigung) den beiden erstgenannten nachsteht. **Blencke-Magdeburg.**

4) **Cassanovas.** La hemostasia por constriccion elástica del tronco (Procedimiento Ribera-Momburg). Notas experimentales. (Rev. de med. y Cir. pract. de Madrid 1909. Nr. 1. 101.)

C. hat experimentelle Untersuchungen über das Momburgsche Verfahren der Blutleere der unteren Körperhälfte angestellt. Er hat die Tiere (Hunde) vor der Anlegung des Schlauches chlorofomiert und



dann jedesmal zwei Touren unterhalb des Rippenrandes angelegt. Der Schlauch blieb 40 bis 45 Minuten liegen und wurde dann gelöst. Wenn die Lösung sehr schnell erfolgte, so wurde eine Beschleunigung des Pulses beobachtet zugleich mit einer Verminderung des Blutdruckes. Das Tier erwachte sehr schnell aus dem Chloroformschlaf. Wenn der Schlauch langsam und allmählich gelöst wurde, so waren die obigen Erscheinungen weniger deutlich ausgesprochen, aber immer noch vorhanden. In den ersten 24 Stunden nach der Kompression war die Urinmenge sehr klein. Es konnte nur ein bis zwei ccm. Urin von dunkler Farbe gesammelt werden. An den unteren Extremitäten bestanden dann stets Parästhesien, sodass die Tiere beim Laufen wankten. Diese Parästhesien waren sehr deutlich und dauerten bis zu 10 Tagen. Ein Hund entleerte 8 Tage nach dem Versuch blutigen Stuhl, welcher 2 Tage anhielt. Bei der Autopsie des Tieres fand sich eine ringförmige Einschnürung in dem unteren Teil des Dickdarmes, welche mit der Stelle, an welcher der Schlauch gelegen hatte, übereinstimmte. Im Uebrigen wurde aber an Tieren, welche zu verschiedenen Zeiten nach Vornahme der Kompression getötet worden waren, nichts besonderes am Darm gefunden. C. zieht daher den Schluss, dass, wenn die Unterleibsorgane im übrigen gesund sind, das Momburgsche Verfahren ohne Gefahr für dieselben angewandt werden kann.

Stein-Wiesbaden.

5) **Ribera.** Procedimiento de Momburg. (Rev. de Medic. y Cirug. pract. de Madrid. 1909. Nr. 1072.)

R. gibt eine ausführliche Beschreibung des von Momburg im „Zentralblatt für Chirurgie“ Nr. 23 1908 mitgeteilten Verfahrens der Kompression der Aorta zur Erzeugung der Blutleere in den unteren Extremitäten etc. und erhebt Anspruch auf die Priorität dieses ganzen Verfahrens. Die Prioritätsansprüche werden durch sehr ausführliche Mitteilungen begründet, welche hier nur kurz wiedergegeben werden können. R. hat im Jahre 1893 in der Rev. de Medic. y Cirug. pract. de Madrid angegeben, dass man zur Erreichung der Blutleere bei der Exartikulation des Hüftgelenks den Schlauch in Form einer Spica anlegen solle. Die zirkuläre Tour dieser Spica lag schon damals an der gleichen Stelle, wie der Momburg'sche Schlauch. Das Verfahren war aber noch unvollkommen. In einer aus dem Jahre 1898 stammenden neuen Mitteilung gab R. eine neue Führung des Schlauches an, bei der die eine Tour der Spica nicht mehr in der Leistenbeuge, sondern in der Interglutäalfurche verläuft. Mit dieser Anlegung des Schlauches war es möglich, die Exartikulation unter vollkommener Blutleere zu vollenden, und auch grosse Stücke des Beckens zu resezieren,

sowie auch die Leistendrüsen nötigenfalls zu entfernen. Endlich verweist R. noch auf eine weitere Mitteilung aus dem Beginn des Jahres 1908, in welcher direkt ausgesprochen wurde, dass durch die vorher geschilderte Schlauchanlegung eine Kompression der Aorta ausgeübt werden solle. Es handelt sich bei dem letzteren Falle auch wieder um eine Exartikulation in der Hüfte mit Ausräumung der Leistendrüsen. R. gibt dann eine Statistik von 54 Exartikulationen im Hüftgelenk. Davon wurden 48 mit obiger Schlauchanlegung operiert. 9 mal wurde die primäre Amputation des Oberschenkels vorgenommen, weil damals noch die erste Methode der Schlauchanlegung dies notwendig machte. Von 54 Operationen unter Blutleere wurden 32 geheilt, 10 sind gestorben, 4 blieben ungeheilt und 2 befinden sich zur Zeit in Behandlung. Von den 10 Todesfällen sind nur 4 in unmittelbarem Anschlusse an die Operation erfolgt; die 6 übrigen starben aus anderen Ursachen.

Stein-Wiesbaden.

6) **Solé.** Miositis osificante generalizada. (Rev. de la Soc. méd. Argentina Bd. XVII. Nr. 90—91.)

Mitteilung eines Falles von allgemeiner Myositis ossificans, die wohl angeboren war. Das jetzt 7 jährige Mädchen stammt von gesunden Eltern. 4 Tage nach der Geburt des Kindes bemerkten die Eltern, dass auf dem Bauche des Neugeborenen 2 harte Stränge waren, welche von den Rippen bis ganz nach unten reichten. Diese harten Stränge sollen im Alter von 4 Jahren verschwunden sein; dagegen entwickelten sich im Alter von $2^1/_2$ Jahren, nachdem das Kind einen heftigen Fall erlitten hatte, an den verschiedensten Stellen des Körpers, besonders aber am Hals und am Thorax eine grosse Zahl von harten Knoten, welche sehr schmerzhaft waren. Mit 4 Jahren verschwanden die Schmerzen, die Knoten blieben bestehen. Die Untersuchung beim Eintritt in die Behandlung ergab eine im allgemeinen zurückgebliebene Entwicklung. Die Wirbelsäule wird steif und im oberen Teile kyphotisch gehalten. Die Arme sind stark adduziert und ohne die normale Beweglichkeit. Am Thorax sind zahlreiche Tumoren an den verschiedensten Stellen sichtbar. Sie sind sehr hart und von verschiedener Grösse. An der vorderen Seite des Halses befinden sich 2 harte Stränge, wie Knochenleisten sich anfühlend, welche am Kinn entspringend bis zum Sternum herunterlaufen. Eine gleiche Erscheinung findet sich auch auf dem Rücken, wo die Stränge längs der Wirbelsäule, vom Hinterkopf beginnend, herablaufen. An den Armen finden sich in den Muskeln zahlreiche Verknöcherungen, welche durch Röntgenaufnahmen verifiziert werden konnten.

Stein-Wiesbaden.



7) **Krause.** Ischämische Muskelkontrakturen. (Diss. Leipzig. 1910.)

Um die Frage beantworten zu können, ob man berechtigt ist, den behandelnden Arzt in jedem Fall für die schwere Schädigung des Patienten verantwortlich zu machen, und ob der feste Verband wirklich die einzige Schuld an dem Zustandekommen einer ischämischen Muskelkontraktur trägt, hat K. 80 Fälle aus der Literatur zusammengestellt, die im Zusammenhang mit Knochenbrüchen standen. Unter diesen befanden sich eine ganze Reihe, bei denen überhaupt kein einschnürender Verband angelegt wurde. Da in der Aetiologie dieses Leidens die Verletzungen der ernährenden Gefässe sicherlich eine wichtige Rolle spielen, soll man sich stets davon überzeugen, ob eine solche vorliegt oder nicht. Hat man dies getan, dann kann man natürlich mit der nötigen Sorgfalt einen Verband anlegen. Tritt trotz alledem doch noch eine Kontraktur ein, nun dann trifft den Arzt sicherlich keine Schuld. K. berichtet sodann weiter über 4 derartige Fälle, die in der Leipziger Universitätspoliklinik operativ behandelt wurden; man erzielte in einem Fall eine vollkommene Heilung, in dem zweiten eine fast vollkommene Heilung, in dem dritten eine wesentliche Besserung und in dem vierten nur einen geringen Erfolg. Eine typische Operationsmethode stellt Verf. nicht auf, wohl aber lehren die behandelten Fälle, dass man unter Umständen alle Gebilde des Vorderarms in in das Bereich der Operation zu ziehen hat. (Ref. hat auch über einen Fall berichtet, bei dem lediglich durch eine Kontinuitätsresektion beider Vorterarmknochen ein vollkommenes Resultat erzielt wurde, so dass auch nicht einmal Spuren einer Störung in der Funktion zurückblieben.) **Blencke-Magdeburg.**

8) **J. Grober** (Essen). Zu der rheinisch-westfälischen Epidemie von spinaler Kinderlähmung. (Med. Klin. 1909. 47.)

Bei der auffallenden Steigerung der Todesfälle ist eine stärkere Virulenz des noch unbekannten Virus anzunehmen. Es werden nicht nur Kinder im 2.—4. Lebensjahr ergriffen, sondern auch ältere und namentlich noch jüngere. Bei der gegenwärtigen Epidemie scheinen Darmerscheinungen zuerst aufzutreten. Häufig ist im Verlauf der Erkrankung das Auftreten einer einseitigen Facialisparese (passt nicht zur spinalen Kinderlähmung). Sonderbar ist weiter bei der jetzigen Epidemie, dass sich die distalen Muskeln wieder erholen, die zentralwärts gelegenen gelähmt bleiben.

Mortalität in den ersten Tagen 15% und darüber. Bezüglich der Lähmungen ist zu sagen, dass die Muskeln, die rasch E a R zeigen, dauernd gelähmt bleiben.



Therapie: Darm bald und vollständig entleeren. Mehrere Tage hintereinander Spinalpunktion (gegen die meningitischen Symptome), eventuell Kollargolinjektionen (Credé). **Ewald**-Hamburg.

9) **Beneke.** Ueber Poliomyelitis acuta. (Münch. med. Woch. 1910. Nr. 4.)

Drei histologische Untersuchungen zeigen den bekannten path.-anatomischen Befund im Rückenmark und seinen Häuten. Ueberimpfungen auf Kaninchen verursachten den Tod, doch zeigte das Gehirn und Rückenmark keine Veränderungen. Als einzig pathologisches Zeichen fand sich in allen 3 Fällen eine Haemosiderinmilz. Ueberimpfung auf einen Affen brachte das typische Krankheitsbild und auch path.-anatomisch die typische Poliomyelitis. Sehr schön war die Invasion der Leukocyten in die Ganglienzellen zu sehen. Die Kapillaren hatten in ihren Scheiden Leukocyteninfiltrate und waren selbst prall mit Blut gefüllt. — B. glaubt, dass die Entzündung interstitiell beginnt, und dass von da aus erst die Ganglienzellen ergriffen werden, eine Auffassung, die er mit den meisten neueren Forschern teilt. **Ewald**-Hamburg.

10) **S. Flexner** und **A. Lewis** (New York). Ueber experimentell erzeugte akute Poliomyelitis bei Affen und die Natur ihres Erregers. (Münch. med. Woch. 1910. Nr. 3.)

Verfasser konnten nicht nur Rückenmarksemulsion von Poliomyelitiskranken erfolgreich auf Affen übertragen, sondern konnten diese Uebertragung auch durch viele Generationen von Affen auf Affen weiterführen. Der Ort der Injektion war gleichgültig (Hirn, Leibeshöhle, Gefässsystem, Subcutis). Die Krankheitserscheinungen traten am 5.—22. Tage nach der Injektion auf, immer kam es zu Paralysen. Auch nach 7 tägiger Aufbewahrung des erkrankten Rückenmarks in Glycerin war das Virus noch wirksam. Weiter wurde das in physiologischer Kochsalzlösung zerriebene Rückenmark durch ein Berkefeldfilter getrieben und dann injiziert; der Erfolg war eine typische Lähmung. Die Krankheitserreger konnten mikroskopisch bisher noch nicht nachgewiesen werden.

Ewald-Hamburg.

11) **O. Foerster.** Zur Symptomatologie der Poliomyelitis ant. acuta. (Berlin. klin. Woch. 1909. 49.)

Beobachtungen bei der Breslauer Epidemie. (50 Fälle.) Es handelt sich keineswegs nur um eine Erkrankung der Vorderhörner, sondern es sind auch mehr oder weniger die Meningen des Rücken-

marks und Gehirns sowie andere Teile des Zentralnervensystems befallen. Dementsprechend sind auch die Symptome. (Nacken- und Rückenschmerz, Steifigkeit des Nackens und der Wirbelsäule, Schmerzen in den Extremitäten.) Manchmal ist tonische Starre in den Muskeln nachzuweisen, die nachher gelähmt werden. Manchmal bleiben die meningealen Symptome viele Wochen bestehen (meningitische Form der Kinderlähmung). — Als Ausdruck der Beteiligung der Seitenstränge wird Fussklonus, das Babinskysche Phaenomen beobachtet. — Die Lähmung tritt bald plötzlich auf, teils auch allmählich, so dass sie erst in 12 Tagen ihren Höhepunkt erreicht. Ausser der Lähmung der Extremitäten bestand auch Lähmung der Rumpfmuskulatur und zwar der Rücken- und der Bauchmuskeln; zugleich meistens sehr hartnäckige Verstopfung (Lähmung der Darmmuskulatur. — Die initialen Durchfälle sind als Erscheinungen der akuten Infektion zu deuten, die durch den Intestinaltraktus einwandert [Wickmann, Krause u. a.]). — Blasenlähmung einige Male in den ersten Tagen beobachtet, nie dauernd.

Ewald-Hamburg.

12) **Blanc.** Tratamiento quirurgico de las parálisis infantiles. (Rev. de Medic. y Cirug. pract. de Madrid. 1909. Nr. 1070. u. ff.)

B. bespricht zunächst das Zustandekommen der Deformität in den Fällen von spinaler Kinderlähmung durch Atrophie der gelähmten Muskeln und durch Hypertrophie der Antagonisten. Er wendet sich hierauf einer sehr ausführlichen Beschreibung der chirurgischen Therapie bei diesem Leiden zu, und teilt die in Betracht kommenden Operationen in 3 grosse Gruppen:

1. Die Sehnenanastomosen; 2. die Sehnentransplantationen; 3. die Arthrodesen.

Die 1. Gruppe der Sehnenanastomosen teilt B. in 4 Unterabteilungen:

a. Die lateralen Anastomosen; b. die aufsteigenden oder passiven Anastomosen; c. die absteigenden oder aktiven Anastomosen; d. die aktiven und passiven Anastomosen.

Eine Sehnenanastomose muss folgende 3 Bedingungen erfüllen:

Sie muss 1. die Deformität korrigieren; sie muss 2. die Uebertragung der Kraft des aktiven Muskels auf den gelähmten Muskel ermöglichen, und sie muss 3. die Möglichkeit bieten, dass nach der Operation die übrigen in Betracht kommenden Muskeln mit dem neu gebildeten Muskel zusammen arbeiten können. Um diese 3 Forderungen zu erfüllen, ist es öfters notwendig, noch ergänzende oder vorbereitende Operationen an den Sehnen vorzunehmen, wie z. B. Sehnenverlängerungen oder Sehnendurchschneidungen.



Die Indikationen für die Sehnenoperationen bei Kinderlähmung fasst B. wie folgt zusammen:

Wenn die Lähmung seit langer Zeit besteht und gesunde Muskeln in unmittelbarer Nachbarschaft der gelähmten sich befinden, so ist die Sehnenanastomose indiziert; wenn die gesunden Muskeln, welche benutzt werden sollen, sehr weit von den gelähmten Muskeln entfernt sind, muss eine Sehnentransplantation vorgenommen werden; wenn es sich um eine Lähmung aller Muskeln an einer Extremität oder im Umkreise eines Gelenkes handelt, so macht man die Arthrodese; für letztere verwendet B. Metallsuturen. Stein-Wiesbaden.

13) **Machol** (Bonn). Die chirurgisch-orthopädische Behandlung der spinalen Kinderlähmung. (Münch. med. Woch. 1910. Nr. 2. u. 3.)

Der Chirurg resp. Orthopäde hat in allen Stadien der Erkrankung Gelegenheit, sich zu betätigen. Zunächst kann die ja öfter sehr schmerzhafte Wirbelsäule mittels Gipsbett ruhig gestellt werden. Ferner soll gleich von vornherein der Kontrakturstellung vorgebeugt werden durch improvisierte portative Apparate oder Gipsschalen. In der II. Etappe — der ausgedehnten schlaffen Lähmung, die noch teilweise zurückgehen kann, — soll sich der Neurologe und Orthopäde die Hand reichen: die elektrische Behandlung soll bei maximal korrigierter Stellung des gelähmten Gliedes durchgeführt werden. Daneben soll die Kontraktur verhütet werden, die gesunden Muskeln müssen in ihrer Wirkung geschwächt werden, den paretischen muss der letzte Rest von Kraft erhalten, resp. wiedergewonnen werden. Dazu ist ein dem besonderen Fall angepasster Apparat, eventuell mit Hemmungen und elastischen Zügen nötig.

Kann das Uebergewicht der gesunden Muskeln nicht anders beseitigt werden, so ist Tenotomie oder plastische Verlängerung derselben nötig. M. meint, dass dieser kleine Eingriff der einzig wirksame Faktor bei mancher „gelungenen" Sehnentransplantation gewesen ist. Der Verlängerung des gesunden Muskels steht die Verkürzung des paretischen und damit dessen Funktionsstärkung gegenüber. Einher mit diesen Eingriffen geht das modellierende Redressement bis zur Ueberkorrektur. Dann liegt die Möglichkeit der Restitution bei lange paretisch gebliebenen Muskeln vor. — Es ist zu betonen, dass bei frühzeitiger Prophylaxe es garnicht erst zur Verlängerung und Verkürzung der Muskulatur und damit auch nicht zur Ausbildung einer Kontraktur zu kommen braucht.

Was die Behandlung der abgeschlossenen Lähmung (III. Etappe der Erkrankung) anlangt, so wird bei jungen Kindern nach M.'s Meinung das Redressement allein meist ausreichen, bei älteren Patienten sind Muskel- und Sehnendurchschneidungen oder Osteoklasen resp. Osteotomien nötig. (Epiphyseolysen sind nicht zulässig und zu umgehen!)

Auch in diesen schweren Fällen reicht oft die Beseitigung der Kontraktur aus, um dem paretischen Muskel einen Teil seiner Funktion wiederzugeben. Oft wird man hier allerdings statt der einfachen Tenotomie des gesunden Muskels die Ueberpflanzung vornehmen. Grundbedingung ist auch hier, dass vorher die Kontrakturstellung völlig korrigiert ist. Am besten ist es wiederum, wenn die Kontraktur von vornherein durch Schienen- oder Hülsenapparate ausgeglichen wurde. Ist sie da, so soll die Beseitigung zeitlich von der späteren Operation getrennt werden durch wochen- bis monatelange Fristen. Es erscheint sicher, dass die Erfolge der Sehnentransplantation mit zunehmendem Alter sich bessern, während durch zu frühe Vornahme der Operation die Erfolge vereitelt werden. R. Jones operiert nicht vor dem 8. Jahre, Lange macht eine Arthrodese erst im 20. Jahre.

M. geht dann auf die Indikation für Arthrodese und Sehnentransplantation ein, die dem Orthopäden geläufig sein dürfte. Besonders nützlich scheint die Arthrodese beim Schulter- und (einem!) Hüftgelenk zu sein. Auch das Kniegelenk sollte — wenn überhaupt nötig — nur einseitg versteift werden. Dagegen sollte bei jedem beträchtlichen Ausfall der Unterschenkelmuskulatur die Sprunggelenksarthrodese gemacht werden, und zwar immer, wenn von den 9 Muskeln 5 fehlen. Die Arthrodese muss mindestens 3 Monate völlig fixiert, dann noch mehrere Monate durch Hülsen immobilisiert werden. —

Die Fasziodese und Tendodese scheint berufen zu sein, die Arthrodese bis zu einem gewissen Grad zu ersetzen.

Auf die verschiedenen Arten der Sehnenüberpflanzung resp. -verpflanzung braucht sich das Referat nicht einzulassen; ebensowenig auf die Erfolge resp. Misserfolge, die von den einzelnen Autoren (Vulpius, Codivilla, Lange, Hoffa, Karch) berichtet wurden. Heutzutage ist die Kombination aller Hilfsmittel das Verfahren der Wahl, das selbst bei schwersten Krüppelformen gute Resultate liefern kann. Auf die Wichtigkeit der Nachbehandlung weist M. immer wieder hin. Auch nach Sehnenüberpflanzungen sollen die Gelenke erst nach 3—6 Monaten zur Funktionsübung freigegeben und auch dann noch lange durch Apparate gestützt werden. Massage, Bäder, Elektrizität, Gymnastik machen unterdessen die Muskeln wirkungsfähig und wirkungskräftig.

Das Verfahren der Nervenüberpflanzung ist noch nicht genügend erprobt, um endgültiges zu sagen; die Lähmungen der oberen Extremität erscheinen für das Verfahren besonders geeignet.

Ewald-Hamburg.

14) **Thiem** (Cottbus). Bemerkungen zur Invalidenbegutachtung. (Monatschr. für Unfallheilk. und Invalidenwesen 1909. 11.)

Ein 27 jähriges Mädchen mit zerebraler Kinderlähmung konnte, obwohl sie an der Grenze der Invalidität stand, noch den Beruf einer Handweberin erfüllen. Ein sich nach Influenza entwickelnder Herzfehler machte sie invalide. — Dieser Fall ist ein Beweis dafür, wie gut sich Menschen ihrem Gebrechen in der Jugend anpassen können. Im Alter sind diese Gewohnheitsausgleichungen nicht mehr möglich, zumal wenn das Gebrechen (etwa durch einen Unfall) plötzlich einsetzt.

Ein jetzt 59 jähriger Mann hat vor 20 Jahren eine Ausrenkung des Oberarms erlitten, die nicht wieder eingerenkt wurde. so dass er nur den Unterarm gebrauchen konnte. Eine gleichzeitig vorhandene Syringomyelie brachte es zum Schwund der ganzen Oberarmepiphyse, so dass jetzt das proximale Ende des Humerus 10 cm. unterhalb des Schultergelenks zu fühlen ist. Trotz dieser erheblichen Funktionsbeschränkung ist Pat. 20 Jahre lang als Schäfer tätig gewesen. Eine Phlegmone an der Hand machte ihn zum Invaliden. Landleute mit deformierenden Hüftgelenksentzündungen können auffallend oft und lange noch ihre Arbeit verrichten. Anders ist es mit viel jüngeren Leuten, die nach Gonorrhoe, Tuberkulose oder Osteomyelitis plötzlich eine steife Hüfte bekommen. Leute mit Skoliose oder Bechterewscher Versteifung der Wirbelsäule gleichen diese Versteifung durch grössere Inanspruchnahme der gesunden Wirbelsäulenabschnitte aus.

Eine genaue Erörterung über dauernde und vorübergehende Erwerbsunfähigkeit, über die gewissenhafte und gründliche Untersuchung bei der Invalidenbegutachtung schliesst sich an.

Ewald-Hamburg.

15) **Goyanes.** Un caso de operación de Foerster. (Rev. de méd. y Cir. Pract. de Madrid 1910. Nr. 106.)

G. hat die von Foerster angegebene Operation der Durchschneidung der hinteren Wurzeln des Rückenmarks zur Heilung spastischer Zustände in folgendem Falle angewandt:

Eine Frau, welche einen Fall aus grosser Höhe erlitten hatte, hatte im Anschluss an diesen Fall zuerst Parästhesien und dann spastische Erscheinungen an den Extremitäten gehabt; dazu kam dann



Urininkontinenz und heftige Schmerzen in der Lumbo-sakralgegend. Beim Eintritt in das Krankenhaus konnte sie nicht mehr allein gehen. Das linke Bein war stark kontrakturiert. Es bestand Fussklonus und Babinskisches Zeichen. Die Operation bestand in Laminektomie des 11. und 12. Dorsalwirbels und des 1. Lumbalwirbels mit nachfolgender Resektion der drei hinteren Wurzeln. Der Erfolg der Operation war vollkommen negativ. Alle Symptome blieben bestehen. Es traten nach der Operation keine trophischen Störungen auf. F. schliesst daraus, dass es unnötig ist, wie dies Foerster vorgeschlagen hat, um trophische Störungen zu vermeiden, stets eine Wurzel zu überspringen. **Stein**-Wiesbaden.

16) **Schanz** (Dresden). Zur Behandlung der Krampfanfälle nach orthopädischen Operationen. (Zentralbl für Chir. 1910. Nr. 2.)

Die nach Redressement von Deformitäten selten auftretenden epileptiformen Krämpfe, die auf Fettembolie der Gehirnkapillaren beruhen, hat Sch. mit Kochsalzinfusionen ($^1/_2$—1 l.) zu bekämpfen versucht, wie ihm scheint, mit günstiger Wirkung und zwar um so günstiger, je frühzeitiger und je reichlicher sie gemacht werden. Von ca. 10 Fällen ist einer zum Exitus gelangt, einer erlitt eine Halbseitenlähmung, die nach einigen Wochen wieder zurückging, alle anderen gingen in Genesung über. **Ewald**-Hamburg.

17) **Valle y Aldabalde.** Pseudotétanos Infantil. (Revue de Medic. y Cirug. pract. de Madrid. 1909. Nr. 1073.)

R. beschreibt einen Fall von sog. kindlichem Pseudotetanus, einer wie es scheint sehr seltenen und nach Angabe von R. bisher nur einmal beschriebenen Erkrankung. Es handelte sich um einen 6 jährigen Knaben, welcher an einer heftigen Stomatitis erkrankt war, und im Anschluss an diese einen ausgesprochenen Krampf der Kiefermuskulatur und späterhin anfallsweise auftretende Krämpfe in den unteren Extremitäten hatte. Fieber war nicht vorhanden. Die Anfälle dauerten in grosser Heftigkeit ca. 8 Tage. Die Erkrankung ging in Genesung aus. Die Behandlung bestand in Darreichung von Chloral, Brom und Bädern. Die Dauer der ganzen Erkrankung betrug 34 Tage. Irgend ein Trauma war nicht vorangegangen. V. lässt die Aetiologie der hier beobachteten Krankheitsformen unentschieden. Er gibt die Möglichkeit zu, dass es sich vielleicht eben so wie in dem früher von Pexa beschriebenen Falle doch um einen larvierten Fall von echtem Tetanus gehandelt haben könne. Dagegen spricht aber der völlige fieberlose Verlauf und das Fehlen irgend

einer Verletzung, wenn man von der Stomatitis absieht. Bei dem Falle Pexas war keinerlei Erkrankung vorangegangen. Charakteristisch für die in Rede stehende Krankheit ist ausser dem fieberlosen Verlauf auch der Umstand, dass die oberen Extremitäten vollkommen frei bleiben. **Stein**-Wiesbaden.

18) **Hergt.** Kasuistischer Beitrag über die Beschäftigungsneuritis insbesondere deren Aetiologie. (Diss. Leipzig 1909.)

H. berichtet über 9 Fälle von Beschäftigungsneuritis, die in den letzten Jahren in der Leipziger Universitätspoliklinik zur Beobachtung und Behandlung gekommen waren, und zwar handelte es sich um 6 Männer und 3 Frauen, bei denen sämtlich die oberen Extremitäten ergriffen waren von dem Leiden, das in allen Fällen auf Ueberanstrengung zurückzuführen war, wenn auch in einigen Fällen noch eine gewisse Ungeschicklichkeit bei der betr. Beschäftigung verantwortlich gemacht werden musste. Als Nebenmomente bei der Entstehung des Leidens zählt H. den übermässigen Alkohol- und Nikotingenuss auf, ferner schlechte und ungenügende Ernährungs- und Wohnungsverhältnisse, vor allen Dingen aber die in der jetzigen Zeit immer mehr zunehmende Nervosität, von der auch jugendliche Personen nicht verschont bleiben. Er bespricht dann noch die Diagnose des Leidens, die ja nicht schwer zu stellen ist, stellt im grossen und ganzen eine günstige Prognose und ist der Ansicht, dass mit Bezug auf die Therapie am meisten von einer geeigneten Prophylaxe erwartet werden darf. **Blencke**-Magdeburg.

19) **Pfeiffer.** Ueber die Bedeutung des Traumas für die Entstehung von Gewächsen im Knochensystem. (Diss. Breslau. 1909.)

P. gibt zunächst einen kurzen Ueberblick über den Stand der Frage eines ursächlichen Zusammenhangs zwischen Trauma und Neoplasma, über die sich die Autoren immer noch nicht einig geworden sind. Wenn auch nach seiner Ansicht sicherlich eine ganze Reihe von den in der Literatur im positiven Sinne gedeuteten Fällen einer strengen Kritik nicht standhalten, so bleiben doch immer noch Fälle genug übrig, in denen man auch bei vollkommen objektiver Beurteilung der Anamnese und der Entwickelung des Neoplasmas kaum umhin kann, eine Verletzung und auch eine nur einmalige als das kausale Moment für die Genese von Gewächsen, insbesondere von Sarkomen, anzunehmen. P. hatte Gelegenheit im königl. path. Institut zu Breslau sieben Fälle von Sarkom zu beobachten, in



denen fünfmal ein einmaliges, zweimal ein wiederholtes Trauma voraufgegangen war. Er ist der Ansicht, dass die Herkunft der meisten Sarkome unabhängig von irgendwelchem Trauma ist und dass vor allen Dingen solche nie entstehen können, wenn ein Trauma auf vollkommen normales Gewebe einwirkt, dass es aber auch andererseits Fälle gibt, in denen das Trauma als die Ursache der Geschwulstbildung aufgefasst werden kann und muss. **Blencke**-Magdeburg.

20) **G. Piperata.** Zur Statistik der Extremitätensarkome. (D. Zeitschr. f. Ch. 102. Bd. 1—3. H.)

V. veröffentlicht die in der 2. chir. Klinik in Wien (Hochenegg) von 1894—1907 beobachteten 142 Fälle. Die Knochensarkome überwiegen die Weichteilsarkome und unter ersteren wieder die der unteren Extremität, am häufigsten ist das Femur betroffen. Die periostalen sind etwas häufiger als die myelogenen. Das Alter des häufigsten Vorkommens 15—35 Jahre.

Unter den 142 Fällen sind 15 Dauerheilungen (über 4 Jahre) 10 sind rezidivfrei, aber noch weniger als 4 Jahre, 88 sind an Rezidiven zugrunde gegangen, in 28 Fällen ist der Ausgang unbekannt. — Also auch diese Statistik ist wieder ein Beweis für die schlechten Heilungserfolge bei Extremitätensarkomen.

Baisch-Heidelberg.

21) **P. W. Nathan** und **W. W. Strang** (New-York). The joint cartilage in its relation to joint pathology. (Amer. jour. of orth. surg. 1909. Bd. VII. 1.)

Neuere Forscher lassen den Gelenkknorpel bei den Gelenkerkrankungen eine aktive Rolle spielen, ja, sie betrachten ihn sogar manchmal als primären Sitz der Erkrankung (Arthritis deformans). Nach seinen eigenen Untersuchungen hält N. das für unwahrscheinlich; kein anderer Reiz als die Bewegung kann den Knorpel zur Proliferation bringen. — Knorpelwunden werden mit Bindegewebe ausgefüllt. Bei vermehrter Funktion des Gelenks kann man eine Hypertrophie beobachten, dagegen verschwindet der Knorpel da, wo keine Bewegung mehr stattfindet. Nur die Punkte, die sich berühren, bleiben mit Knorpel überdeckt.

Das vaskuläre Bindegewebe, das am Knorpelrand sitzt, weicht bei vermehrter Bewegung zurück, bei verminderter schiebt es sich vor. Bei langer Ruhigstellung geht es überall dahin, wo keine Berührung der Gelenkflächen stattfindet. Daher ist bei langdauernden Gelenktuberkulosen die Bindegewebsgranulation über den Gelenkflächen keine primäre fibrilläre Degeneration; die Knorpel-



zellen darunter sind normal. Der Knorpel kann nur, wenn er degeneriert ist, angegriffen werden, und er kann nur degenerieren, wenn seine Ernährung vom Knochen her gestört ist (subchondrale kariöse Knochenherde!).

Der Gelenkknorpel behält auch oft noch sein hyalines Aussehen, wenn er vom Knochen aus nicht mehr ernährt wird. Erst wenn er degeneriert ist, kann er einer Absorption anheimfallen und durch Bindegewebe ersetzt werden.

Kaninchenversuche (Staphylocoocceninjektionen ins Kniegelenk) bekräftigen diese Anschauungen: Der Knorpel beteiligt sich nicht an dem pathologischen Prozess; er proliferiert weder, noch wandelt er sich in Bindegewebe um. Nur wenn der Knochen verletzt ist (durch die Injektionsnadel zufällig in 4 Fällen!) degeneriert an dieser Stelle der darüberliegende Knorpel. Durch reine Gelenkaffektionen wird er nicht berührt, lässt daher auch nie Bakterien vom Gelenkinnern in den Knochen durch. **Ewald**-Hamburg.

22) **Toyokichi Okada** (Japan). Ueber infantile Formen der Arthritis deformans. (Arch. f. Orth., Mechanother. u. Unfallchir. 1909. Bd. VIII. 2.)

Es gibt Fälle von primär chronischer Arthritis des Kindesalters, deren Entstehung auf entwicklungsgeschichtliche Vorgänge zurückzuführen ist. (Infantilismus.) 3 Fälle von einseitiger und doppelseitiger Osteoarthritis deformans coxae bei zwei über 50 J. alten Männern und einem 17jährigen Jungen, deren Leiden bis in die ersten Lebensjahre zurück verfolgt werden kann. Die Männer zeigten übereinstimmend die Merkmale des dystrophischen Infantilismus. (Aplasie der Genitaldrüsen und der Schilddrüse, Feminismus, psychische Störungen, Riesenwuchs). Der Junge weist teils Symptome des Schilddrüseninfantilismus auf, daneben aber Hodenatrophie, helle Stimme und Lipomatose. Immer zeigte die Untersuchung mehr oder weniger hochgradige Kontrakturstellung des Oberschenkels, das Röntgenbild zeigte die für Arthritis deformans charakteristischen Verbildungen an Kopf und Pfanne. **Ewald**-Hamburg.

23) **Denis G. Zesas.** Nachtrag zu dem Aufsatze: Ueber die juvenile Osteoarthritis deformans coxae. (Arch. f. Orth., Mechanother. u. Unfallchir. 1909. Bd. VIII. 2.)

Verf. teilt den Weiterverlauf der Erkrankung eines vor kurzem im Arch. (s. Ref.) berichteten Falles mit. Der Prozess hat trotz permanenter Extension Fortschritte gemacht, das Allgemeinbefinden



hat sich verschlechtert, Gang unbeholfen und hinkend. Ausser den früher aufgezählten 9 Fällen hat Z. noch 11 weitere Fälle in der Literatur gefunden, deren Krankengeschichten mitgeteilt werden. Danach lassen sich 2 Arten von Osteoarthritis deformans coxae unterscheiden: eine nach traumatischen Vorgängen entstandene und eine idiopathische, die weder auf entzündliche Vorgänge (Osteomyelitis, Borchard), noch auf statische Missverhältnisse (Preiser) zurückgeführt werden kann. Z. hält die Affektion für eine chronische Ernährungsstörung der Epiphysen. **Ewald**-Hamburg.

24) **Ghillini.** Lesioni della cartilagine d'accrescimento. (Bullettino delle scienze mediche di Bologna 1910.)

Eine leichte Verkürzung seines rechten Beines infolge einer im Alter von 14 Jahren erlittenen Lösung der unteren Epiphyse des betreffenden Femur veranlasste Verf. Untersuchungen über die normale und pathologische Entwicklung der Knochen anzustellen. Bei seinen vorliegenden Versuchen erzeugte er vornehmlich, was bis jetzt noch von keiner Seite geschehen ist, mechanische Läsionen durch direktes Einpflanzen aseptischer Fremdkörper (Elfenbeinnägel) in die Epiphysenknorpel von Kaninchen. Es ergab sich, dass die Drucksteigerung in der Epiphyse Atrophie des Knochens hervorruft, während sie in der Diaphyse stärkere Verdickung des Knochens selbst bedingt.

Die auf Lösung oder Einschlagen von Nägeln beruhenden Läsionen des Wachstumsknorpels haben Verlangsamung der Entwicklung des Knochens zu Folge und bedingen in kürzerer Zeit das Verschwinden des epiphysären Knorpels selbst.

Die an einer Stelle des epiphysären Knorpels bedingten Läsionen rufen Gelenkdeformitäten hervor, auf die — nach den Gesetzen der Statik — Deformitäten der Diaphysen der die Gelenke selbst zusammensetzenden Knochen folgen.

Aus den Versuchen geht also deutlich die Wichtigkeit des Wachstumsknorpels bei der normalen und pathologischen Entwicklung des Knochens hervor. **Buccheri**-Palermo.

25) **Larraya.** Arthritis aguda blenorragica curada por la corriente continua. (Revista Medica del Uruguay 1909. Nr. 3.)

Bei einer 38 jährigen Kranken hatte einen Monat nach einer Infektion mit Gonorrhoe plötzlich eine sehr heftige und sehr schmerzhafte Entzündung im linken Kniegelenk eingesetzt. Der Umfang des Kniegelenkes war doppelt so gross wie auf der gesunden Seite. Das Gelenk war in starker Flexion fixiert; Fluktuation war deutlich.



Fieber war vorhanden. L. verordnete ausser der lokalen Behandlung der Gonorrhoe mit Spülungen von Lysoform nur die Anwendung des galvanischen Stromes auf das linke erkrankte Kniegelenk. Die Elektroden wurden täglich je 20 Minuten auf der Beuge- und Streckseite und je 20 Minuten auf der Innen- und Aussenseite des Gelenkes bei einer Stromstärke von 25 bis 30 M. A. angesetzt. Die vollkommene Heilung der eitrigen Kniegelenksentzündung soll unter dieser Behandlung nach ca. 5 Wochen beendet gewesen sein. Nach 18 Tagen konnte die Patientin bereits mit Krücken gehen. L. erklärt die Wirkung des galvanischen Stromes teils durch chemische Umsetzungen im Gewebe, teils aber auch mit der durch die gefässerweiternde Wirkung des elektrischen Stromes herbeigeführte Hyperämie.

Stein-Wiesbaden.

26) **V. P. Gibney.** The part arthrotomy plays in the treatment of tuberculous joints; more particularly the knee-joint. (Amer. journ. of. orth. surg. 1909. Bd. VII. 1.)

Während die Behandlung der Gelenktuberkulose bezgl. Ausheilung des Prozesses und günstiger Stellung des Gliedes gute Fortschritte gemacht hat, liegt es mit der Wiederherstellung der Funktion sehr im Argen. Man ist zufrieden, wenn das Gelenk ankylotisch in guter Stellung ausheilt.

Bei den Tuberkulosen mit wässrigem oder eitrigem Erguss im Gelenk hat G. die Arthrotomie ausgeführt, um wenigstens einen Teil der Beweglichkeit zu erhalten. Die Gelenkeröffnung wird mit Unrecht gefürchtet.

In 9 Fällen, die allerdings noch nicht weit genug zurückliegen, um endgültige Schlüsse zu erlauben, hat G. die Arthrotomie ausgeführt (Knie und Ellenbogen!) Dreimal war die Wunde p. p. i. geheilt, und eine Beweglichkeit von 10—20% (!) erzielt; fünfmal bestand nach der Operation noch zur Zeit des Berichts eine Fistel. Trotzdem empfiehlt G. die Arthrotomie. **Ewald**-Hamburg.

27) **William S. Baer.** A preliminary report of the use of animal membrane in producing mobility in ankylosed joints. (Amer. jour. of. orth. surg. 1909. Bd. VII. 1.)

Da die Interpositionen von Haut, Fett, Fascie, Muskulatur im Erfolg alle mehr oder weniger zu wünschen übrig lassen, suchte B. nach einem leicht zu adaptierenden, aber nach Abschluss der Knochen- und Gewebsneubildung, die die Resektion veranlasst hatte, resorbierbaren Material. Er fand dieses Material in der Schweineblase, die mit Chromsäure behandelt — wie Tierversuche ergaben — 40



Tage ca. unverändert liegen blieb. Durch Implantierung dieser präparierten Schweineblase erreichte er bei einer Hüftankylose eine Mobilität von 35°, bei einer angeborenen Synostose zwischen Ulna und Radius ein Supinationsvermögen von 110°, bei fibröser Versteifung nach Gonitis tuberculosa 75° Beweglichkeit, bei einer knöchernen Ankylose nach Coxitis 50° aktive Flexion, bei knöcherner Knie- und Patellaverwachsung nach gonorrhoischer Arthritis 35° aktive Beugung. Notwendig ist eine schon 8—10 Tage nach der Operation beginnende Massage, verbunden mit Uebungen.

Ewald-Hamburg.

28) **Zur Verth** (Berlin). Carbenzym bei tuberkulösen Affektionen. (Münch. med. Woch. 1910. Nr. 1.)

Das Carbenzym, eine Verbindung von Pflanzenkohle und Trypsin, soll eine allmähliche und langdauernde fermentative Wirkung auf pathologische Gewebe ausüben, d. h. diese zur Einschmelzung und Resorption bringen. (Falk und Sticker, Münch. med. Woch. 1910 1. Ref.) An der Bierschen Klinik wurden tuberkulöse Abszesse, Fisteln, Schleimbeutel, Knochen und Gelenke u. a. auch mit Carbenzymemulsioneinspritzung behandelt, mit wechselndem Erfolge. Doch kann Verf. soviel sagen, dass die lokale Carbenzymanwendung chirurgische Tuberkulosen aller Art günstig beeinflusst. Es ist in seiner Wirkung ähnlich dem Jodoformglycerin, ja scheint diesem häufig überlegen zu sein.

Ewald-Hamburg.

29) **Paul Zander II** (Heidelberg). Ein Beitrag zur Röntgendiagnose und Behandlung der Senkungsabscesse. (Arch. f. Orth., Mechanother. u. Unfallchir. 1909. Bd. VIII. 2.)

Bei dem $1^1/_2$ j. Kind, das schon seit einigen Monaten Zeichen einer Halswirbelerkrankung darbot, stellten sich in letzter Zeit Atembeschwerden ein. Nach dem Röntgenbild handelte es sich um eine Karies des 6. und 7. Hals- und des 1. Brustwirbels, ferner aber um einen Senkungsabscess, der sich vom 1.—4. Brustwirbel ausbreitete. Da die Atembeschwerden stärker wurden, wurde von dem gewöhnlichen Behandlungsverfahren (Punktion und Jodoformglycerininjektion) abgewichen und durch einen vertikalen Hautschnitt rechts neben den obersten Brustwirbeln die Querfortsätze dieser Wirbel freigelegt und abgemeisselt. Dann wurde eine Kanüle an dieser Stelle eingestossen, der Eiter entleert, die Oeffnung erweitert, die Abscesshöhle ausgespült und mit Jodoformaether gefüllt. Der Erfolg war der, dass nicht nur die Temperatur, sondern auch die



Atemnot und der Husten zurückgingen. Jetzt — nach 2 Monaten ist die Wunde bis auf eine oberflächliche granulierende Stelle zugeheilt. Ewald-Hamburg

30) **J. Ridlon u. Wallace Blanchard** (Chicago). Further observations upon the bismuth paste treatment of tuberculous sinuses. (Amer. jour. of. orth. surg. 1909. Bd. VII. 1.)

Verff. teilen ihre Erfahrungeu über 100 Fälle mit. Die besten Erfolge haben sie bei alten tuberkulösen Abscessen mit 1—5 jähriger Fistelbildung gehabt. Exstirpationen des Femurkopfes, die früher häufig Fisteln zurückliessen, führten bei Anwendung der Wismutpaste immer zu guten Heilungen. Geschlosseue Abscesse, die geöffnet, entleert und mit Wismut gefüllt und wieder geschlossen wurden, heilten in einigen Tagen. Kontraindikation ist Anwesenheit eines Sequesters, der erst entfernt werden muss. Auch Amyloidfälle können durch Wismut nicht mehr gebessert werden. — Einmal nur wurde Vergiftung beobachtet nach 8maliger Injektion in einem Fall von Spondylitis mit grossen Abscessen (blaues Zahnfleisch!). — Verschwinden der Symptome nach Sistierung der Injektionen. — Bei weniger als 2—3 Wochen alten Fisteln soll Wismut nicht angewandt werden. (Weichheit der Fistelwände und Abscesssäcke, Möglichkeit der Beförderung der Sekundärinfektion.) — Die Paste bedarf einer festen Wand, wenn sie den Eiter heraustreiben, die Abscesshöhle von der Aussenwelt abschliessen und die Granulationen komprimieren soll. — Die Heilungsdauer nimmt 7 Tage bis 1 Jahr in Anspruch (Durchschnitt cr. 6 Wochen).

Röntgenbilder geheilter Fälle zeigen die Persistenz des Wismut für Monate und Jahre.

Verff. haben wegen der Vergiftungsgefahr neuerdings das Wismut ganz weggelassen und nur folgende Masse injiciert: 1 Teil weisses Wachs und 8 Teile Vaselin. Auch hier heilten die Fisteln in 2 bis höchstens 12 Wochen aus, ein Beweis für die rein mechanische Wirksamkeit der Paste. — Natürlich muss die Gelenkerkrankung selbst immer nach der alten Methode noch viel längere Zeit weiter behandelt werden. Ewald-Hamburg.

31) **M. Hirschberg** (Frankfurt a. M.). Die Codivilla'sche Nagelextension, ein zweckmässiges Behandlungsverfahren bei Knochenbrüchen. (Münch. med. Woch. 1910. Nr. 1.)

H. betont nicht nur die Priorität Codivilla's vor Steinmann sondern auch die Vorzüge der Fersennagelextension, die sowohl bei



Ober- wie bei Unterschenkelbrüchen die gleiche Wirksamkeit gewährleiste. H. schildert umständlich die Technik an einem schweren Unterschenkelsplitterbruch, bei dem er das Verfahren erst 4 Wochen nach dem Unfall anwandte und trotzdem noch ein gutes Resultat erzielte. Zum Schluss wendet sich H. gegen Bockenheimer, der die Nagelextension für entbehrlich hält. **Ewald**-Hamburg.

32) **Rücker** (Werden). Beitrag zur Technik des Streckverbandes nach Bardenheuer. (Zentralblatt für Chir. 1910. Nr. 4.)

R. beschreibt eine Modifikation des Bardenheuerschen Streckverbandes, die er bei Unterschenkelfrakturen in der Nähe des Sprunggelenkes bezw. vom distalen Drittel abwärts anwendet, um einen genügend starken und exakt korrigierenden Zug am distalen Fragment ausüben zu können. Er benutzt dazu zwei „Stiefelzüge", die sich über der Dorsalseite des Sprunggelenks und dem Fersenbeinhöcker kreuzen. Der obere Zug läuft nach unten zum Betttuch, der untere nach oben zur Bettkante. Belastet werden die Stiefelzüge, mit denen man Abduktion und Adduktion, Dorsal- und Plantarflexion dosieren kann, mit je 2—4 Pfund, während die Hauptlängsstrecke mit 8—10 Pfund versehen ist. Die Gefahr des Decubitus ist sehr gering. die vom Verf. erzielten Resultate sind gut. Dem Artikel sind zwei die Methode veranschaulichende Figuren beigegeben.

A. Stoffel-Heidelberg.

33) **Wilh. Becker** (Bremen). Heissluftpendelapparate. (Arch. f. Orth., Mechanother. u. Unfallchir. 1909. Bd. VIII. 2.)

Im Hinblick darauf, dass man mit der Heissluft- und Bewegungstherapie nicht nur die gleichen Ziele verfolgt, sondern auch auf die Gewebe eine ähnliche Wirkung ausübt (Hyperämisierung, Erweichung resp. Dehnung, Herabsetzen der Empfindlichkeit resp. Lösung der Muskelspasmen und Beseitigung der Inaktivitätsatrophie) hat B. die medico-mechanischen Apparate von Baumgartel (Halle a. S.) mit einfachen Heissluftapparaten versehen, die das erkrankte Gelenk, während die Extremität pendelt, der heissen Luft aussetzen. Die schmerzlosen Bewegungsexkursionen werden dadurch erstaunlich gross. Für die Behandlung Unfallverletzter eignen sich die Apparate ganz besonders; überhaupt für chronische Arthritiden. Die Abbildungen erklären die Einordnung des Heissluftapparates (Gas-Spiritus) in die Baumgartelschen Apparate. **Ewald**-Hamburg.



34) **H. Krukenberg** (Elberfeld). Kontraindikation der Aethernarkose bei Röntgenaufnahmen. (Münch. med. Woch. 1910. Nr. 4.)

Bei einer Röntgenaufnahme eines 2 jährigen Kindes wurde eine leichte Narkose mit dem Roth-Prägerschen Sauerstoffnarkosenapparat eingeleitet. Plötzlich kam es zur Detonation, der „Sparbeutel" des Apparates platzte, das „Schauglas" des Aethervergasers wurde in kleinste Stücke gesprengt. Das Kind erlitt eine leichte Verkohlung der Oberlippe. **Ewald**-Hamburg.

35) **Malgangi.** Modificazioni dell' eccitabilità neuro-muscolare determinate dai raggi X. (Rivista internazionale di terapia fisica 1909. Nr. 10.)

Die X-Strahlen beeinflussen das periphere Nervensystem gleich nach ihrer Anwendung, indem sie die elektrische neuro-muskuläre Erregbarkeit herabsetzen. Die Kontraktion ist weniger kräftig, die Extensionsphase wird langsamer, die sekundäre Kontraktion weniger intensiv. Diese Wirkung der X-Strahlen gleich nach ihrem Gebrauch dauert entweder in demselben Grad noch 15 Minuten fort oder wird noch stärker, indem sie eine grössere Verminderung in der neuromuskulären Erregbarkeit mit sich bringt. Die von den X-Strahlen auf das periphere Nervensystem entfaltete Wirkung ist keine kumulative. Angenommen, die Umstände, unter denen sich die Versuche der verschiedenen Gruppen abspielen, seien identisch, so muss man zu der Ansicht kommen, dass die X-Strahlen bei jeder Anwendung einige Male eine vorübergehende, andere Male eine, eine Zeit lang persistierende Wirkung entfalten und ohne jede feste Regel entweder eine Steigerung oder eine Verminderung der elektrischen neuromuskulären Erregbarkeit bedingen.

Buccheri-Palermo.

36) **Schmiz** (Saarbrücken). Ueber isolierte Fraktur des Querfortsatzes der Lendenwirbel. (Aerztl. Sachverst.-Zeit. 1910 Nr. 2.)

Durch eine forcierte Muskelanstrengung — Beugen des Rumpfes nach rückwärts — entstanden heftige Schmerzen im Kreuz. Diagnose Muskelzerrung. Nach 6 Monaten machte sich in der Lendengegend eine harte Geschwulst bemerkbar, die sich vergrösserte. Bei der Incision entleerte sich Eiter; Fistelbildung. Die Bewegungsfähigkeit der Wirbelsäule blieb frei, doch verspürte der Soldat bei starken Bewegungen Schmerzen. Durch eine zweite Incision wurde ein plattes Knochenstückchen von $^1/_2$ qcm. Grösse entfernt. Danach schloss sich die Fistel. Nach der Ansicht des Verf. handelte es sich um den Abriss



eines Knochenstückchens vom Querfortsatz des 3. Lendenwirbels, das ausser Ernährung gesetzt wurde. Die Röntgenbilder ergaben eine intakte Wirbelsäule. **A. Stoffel-Heidelberg.**

37) **G. A. Wollenberg** (Berlin). Ueber die Resultate des Redressements des Pottschen Buckels. (Berliner klin. Woch. 1909. Nr. 46.)

Technik in der Hauptsache die von Wullstein und Calot: Gipsverbände in redressierter Stellung, 6—8 wöchentlicher Wechsel, Calotsches Rückenfenster. Dauer der Behandlung bei 5—10 jähr. Kindern und nicht zu grossen Buckeln 1—1½ Jahre. Nach Vollendung des Redressements noch Reklinationsbett mit dem Finkschen Wattekreuz, beim Aufstehen Hüftbügelkorsett mit Kopfstütze, (noch 1—2 Jahre nach dem Redressement zu tragen).

Indikation: nur bei den klinisch ausgeheilten, festen, schmerzlosen Buckeln soll redressiert werden. (Probatorische Extensionen!)

2 Fälle vor und nach der Behandlung zeigen die guten Resultate, die das allerdings langwierige und mühsame Verfahren zeitigt.

Ewald-Hamburg.

38) **Neumann.** Zur operativen Behandlung der Spondylitis tuberculosa. (Diss. Heidelberg. 1909.)

Auf Grund von vier Spondylitisfällen, die nach der Methode der Costotransversektomie behandelt wurden — drei mit sehr gutem Resultat, einer ohne Erfolg, da schon sekundäre Veränderungen im Wirbelkanal vorhanden waren, — formuliert N. die Indikationen für die Therapie der Spondylitis folgendermassen:

1. Spondylitis ohne Lähmung: konservativ, eventuell Drainage.
2. Spondylitis mit Abscess und Lähmung: Abscessdrainage in absoluter Indikation.
3. Aeltere Fälle ohne Abscess mit sekundären Veränderungen im Wirbelkanal, seien es Peripachymeningitis, seien es Knochenneubildungen: Laminektomie, Beseitigung der Ursache.
4. Wenn 2 und 3 kombiniert sind, Drainage + Laminektomie, wobei man zunächst versuchen mag, mit der Abscessdrainage allein auszukommen. Ein einzeitiges kombiniertes Verfahren wäre hier so möglich, dass man lege artis die Costotransversektomie macht, zugleich aber durch Eingehen von der Seite in den Wirbelkanal zu gelangen sucht. **Blencke-Magdeburg.**



39) **R. Jibich.** Die Bedeutung der sogenannten Konkavtorsion für die Therapie der Skoliosen. (D. Zeitschr. f. Chir. 102. B. 1.—3. H. p. 153.)

Auf Grund zahlreicher Beobachtungen aus seiner Praxis, wovon er mehrere Beispiele anführt, kommt Verf. zu dem Schlusse, dass Skoliosen, die die Symptome von totalen Skoliosen aufweisen und zugleich auf der konkaven Seite eine Torsion zeigen, immer als kombinierte Skoliosen zu diagnostizieren sind. Dementsprechend ist auch die Behandlung einzurichten. **Baisch**-Heidelberg.

40) **Giordano.** Radiografia di un caso di spondilite rizomelica. (Il Policlinico, Sez. prat. 1909 fasc. 47.)

Ebenso wie schon in den spärlichen in der Literatur niedergelegten Autopsien konstatierte Verf. starke Rarefaktion der Wirbelkörper und Darmbeine, die den Querfortsätzen entsprechend am auffallendsten ist. Verknöcherung der Zwischenwirbelscheiben besonders an der Peripherie. Mit Marie, Levy und Bechterew kann man die Spondylitis rhizomelica als eine kompensatorische Ankylose von präexistierenden Rarefaktionen und demnach als einen Heilungsprozess betrachten.

Buccheri-Palermo.

41) **Marcus** (Posen). Ueber einige Modifikationen am Hessingkorsett. (Arch. f. Orth., Mechanother. u. Unfallchir. Bd. VIII. 2.)

Um der seitlichen Verschiebung des Rumpfes bei schweren Skoliosen entgegenzuarbeiten, hat M. an den konvexseitigen Hüftbügel einen zweiten mehr nach aussen und oben liegenden Bügel angebracht, von dem 2 Stützpfeiler zu den beiden Längsschienen laufen, welche die Armkrücken tragen. Diese Stützpfeiler sollen den nach der konvexen Seite abgewichenen Rumpf aufrichten. Da der einfache Bügel auf der anderen Seite bald nach oben vom Becken abzurutschen drohte, wurden die vertikalen Stangen desselben mittels eines Riemens fest miteinander verbunden. M. verspricht sich von dieser Modifikation eine stärker korrigierende Wirkung des Hessingkorsetts. — Er warnt übrigens davor, vom Korsetttragen überhaupt eine nennenswerte heilende Wirkung zu erwarten.

Ewald-Hamburg.

42) **Luft.** Luxatio humeri congenita. (Diss. Giessen. 1909.)

Nachdem L. mit kurzen Worten der Fälle, die er in der ihm zugänglichen Litteratur finden konnte, Erwähnung getan, berichtet er im Anschluss hieran über einen Fall von kongenitaler Schulter-



gelenksluxation. Durch die Sektion wurde bestätigt, dass in der Tat eine derartige Luxation vorlag und dass es sich nicht etwa um eine Epiphysenablösung handelte. Als Ergebnis seiner Arbeit stellt L. am Schlusse derselben folgende Sätze auf:

1. Das Zustandekommen einer intrauterinen Schultergelenksluxation ist möglich.

2. Die die Luxation bewirkende Kraft ist weniger in Traumen als in den Kontraktionen der Uterusmuskulatur, besonders bei Fruchtwassermangel zu suchen.

3. Die zur Entstehung der Luxation notwendige Haltung des Armes wird nur durch seltene Umstände gegeben sein, woraus die abnorme Seltenheit der Schultergelenksluxation resultiert.

Blencke-Magdeburg.

43) **M. Katzenstein** (Berlin). Ueber Heilung von Schultermuskellähmungen (Trapezius bezw. Serratus durch kombinierte Muskelplastik. (Berlin. klin. Woch. 1909. Nr. 49.)

Neu an dem Verfahren ist, dass K. mit Rücksicht auf die komplizierte Funktion des M. trapezius und serratus mehrere Muskeln zum Ersatz verwendet. Er ging aus von der Anatomie und Physiologie der Scapula-claviculargelenke sowie der Muskelfunktionen, die genau auseinandergesetzt werden.

1. Fall. Trapeziuslähmung, anscheinend nach Verletzung des accessorius bei Exstirpation tuberkulöser Drüsen. (Tiefstand der r. Schulter, Lateralwärts-rücken der Skapula, Luxation der clavicula nach vorn, Erhebung des Arms nach der Seite und nach vorn nur schwer möglich. Schmerzen in Schulter und Arm. Transplantation eines Teils des Latissimus dorsi zum Ersatz der unteren Hälfte; eines dem gesunden Trapezius entnommenen Muskellappens für die obere Partie; und eines Lappens für die mittlere Partie. Immer entsprach möglichst die Faserrichtung des gesunden Muskels der des gelähmten. Resultat funktionell sehr gut. Prompte elektrische Reaktion der transplantierten Muskelpartien. Vor allem charakteristisch, dass jetzt Erheben der Clavicula und der Schulter aktiv möglich ist.

2. Fall von völliger Serratuslähmung (Flügelstellung der Skapula, Unmöglichkeit des Armhebens). Zu der Erkenntnis, dass die oberen Zacken des Serratus die Skapula fixieren, die unteren dieselbe drehen sollen, trennte K. den Ursprung des Trapezius und Rhomboideus major (3—10 Brustwirbel) ab und verlegte ihn möglichst nach aussen auf die 7.—9. Rippe. Ferner wurde der Ansatz des Pectoralis major vom Oberarm abpräpariert und auf die Skapula



verpflanzt. Der Erfolg war ein guter. Das Schulterblatt kann aktiv festgestellt, und der untere Winkel lateralwärts geführt werden.

In der Diskusion zu diesem in der Berliner med. Gesellschaft am 27. X. 09. gehaltenen Vortrag bemerkt Toby Cohn, dass der 1. Fall ein Beweis dafür ist, dass manchmal der Trapezius allein vom accessorius versorgt wird, während meistens noch Cervicalnerven an der Versorgung teilnehmen.

Schuster hat einen ähnlichen Fall wie K. bei einem 7 jähr. Mädchen, auch nach Drüsenoperation, beobachtet. Bemerkenswert war hier, dass die Lähmung sich erst im Laufe eines Jahres nach der Operation langsam ausbildete (Narbeneinschnürung?). — Der von K. operierte Pat. konnte $^1/_4$ Jahr nach der Operation den Arm nur bis zur Horizontalen, nach 4 Monaten schon bis zur Senkrechten heben.

Remak hält es gegenüber Cohn doch für wahrscheinlich, dass auch Cervicaläste im K.schen Fall zum Trapezius gegangen und bei der Drüsenoperation mit durchschnitten seien. Ueberraschend ist ihm das Anpassungsvermögen des linken (überpflanzten) Trapeziuslappens und seines zugehörigen Nerven: Pat. vermag die rechte Schulter jetzt allein zu heben, während die linke ruhig bleibt. Er fragt, ob Pat. vielleicht zunächst beide Schultern gehoben habe. Katzenstein verneint dies. Ewald-Hamburg.

44) **Arthur J. Gilette** (St. Paul, Minn.) A simple dressing for the treatment of tuberculous disease of the shoulder-joint. (Amer. jour. of. orth. surg. 1909. Bd. VII. 1.)

Seit 5 Jahren macht G. bei der Schultergelenkstuberkulose als einzigen Verband die Spica humeri, die dieselbe Fixation wie Gipsverband und Lederhülse gewährleistet und dem Pat. angenehmer ist, ja die sogar die Fortsetzung der Arbeit erlaubt. Die Spica wird in Abduktion des Armes angelegt; unter die Achselhöhle kommt ein grosser Wattebausch. Ewald-Hamburg.

45) **Lozano.** Fractura del cóndilo interno del húmero. (Rev. de Medic. y Cirug. pract. de Madrid. 1909. Nr. 1074.)

Im Anschluss an die Mitteilung eines Falles von Fraktur des Condylus internus des Humerus bei einem 19 jährigen Mann bespricht L. die Aetiologie und die Symptomatologie dieser Verletzung, welche von einigen Autoren als alleinvorkommend geleugnet wird. Die Ursache ist fast stets ein Stoss oder ein Fall auf das Olecranon bei gebeugtem Ellenbogengelenk. Die Symptome sind Schwellung der inneren



Gelenkseite und Verfärbung der inbetracht kommenden Hautpartie. Nach Kocher besteht auch immer eine anormale Abduktionsfähigkeit des Unterarmes. L. hat dieses letztere Symptom bei seinem Kranken aber nicht beobachtet. Die Diagnose wurde durch das Röntgenbild bestätigt. Die Behandlung bestand in dreiwöchentlichem Gipsverband mit anschliessender Gymnastik und Massage. Stein-Wiesbaden.

46) **J. A. Schwarz.** Ueber pathologischen Cubitus valgus. (D. Zeitschr. f. Ch. 102. Bd. 1—3. H. p. 178.)

Eine pathologische Steigerung des physiologischen Cubitus valgus fand Verf. in mehreren Fällen von geringen Traumen, wenn schon vorher ein etwas höherer Grad von Cubitus valgus vorhanden war. Die Ursache sieht er in einer geringeren Festigkeit des medialen Kapselteiles, wodurch die auf der lateralen Seite gruppierten Beuger das Uebergewicht bekämen. Die Beschwerden, die in den vom Verf. zitierten Fällen durch den Cubitus valgus bedingt waren, waren nicht sehr hochgradig, und ist auch eine besondere Therapie derselben nicht angeführt. Balsch-Heidelberg.

47) **Barella.** Lujación cúbito-radial superior, postero-externa con fractura epicondilea; resección, curación. (Rev. de Medic. y Cirug. pract. de Madrid. 1909 Nr. 1073.)

Mitteilung eines Falles von schwerer Ellenbogengelenksverletzung bei einem 9 jährigen Knaben. Es handelte sich um Fraktur des lateralen Epikondylus des Humerus, mit gleichzeitiger Luxation des Unterarmes. Dadurch, dass bereits am 6. Tage mit Massage und Bewegungen angefangen wurde, wurde eine Wiederherstellung der Funktion des Gelenkes erreicht. Stein-Wiesbaden.

48) **O. E. Schulz.** Ueber das Os naviculare bipartitum-manus. (D. Zeitschr. f. Chir. 102. Bd. 1.—3. H. p. 141.)

W. Gruber hat auf Grund anatomischer Untersuchungen den Begriff des os naviculare bipartitum aufgestellt. D. h. es finden sich 2 mit einander artikulierende ossa navicul. K. Wolff war dieser Ansicht entgegengetreten und erklärte derartige Befunde als posttraumatisch, als alte Frakturen des os naviculare. Die als überknorpelte Gelenkflächen der beiden Teile gedeuteten Befunde erklärte er als Schliffflächen. Verf. konnte zufällig röntgenographisch bei einem Manne (Arzte) ohne je vorausgegangenes Trauma an beiden Händen ein os naviculare bipartitum feststellen mit einer deutlichen Artikulationsfläche und arthritischen Veränderungen



an derselben. Darnach kommt Verf. zu dem Schluss, dass eine kongenitale Bipartition des Naviculare nicht bezweifelt werden kann.

Baisch-Heidelberg.

49) **W. Mitchell.** Striation of metacarpals and phalanges in a case of general tuberculosis. (Archives of the Roentgen ray. 1909. Nr. 113.)

Die Streifung der Fingerknochenschatten, die M. als grosse Merkwürdigkeit beschreibt, und die sich im Anschluss an eine (tuberkulöse? Ref.) Handgelenksentzündung entwickelt hatte, dürfte eine einfache Sudecksche Atrophie sein. (Ref.) M. vermutete Syringomyelie, was aber durch die Autopsie nicht bestätigt wurde.

Ewald-Hamburg.

50) **K. Heuschen.** Die pathologische (spontane) Luxatio centralis femoris. (Bruns Beitr. z. kl. Chir. 65. Bd. 3. H. p. 599.)

Ausser der traumatischen zentralen Hüftluxation, die Verf. früher bearbeitet hat, gibt es eine pathologische. Der Femurkopf luxiert durch den pathologisch zerstörten Pfannengrund in das kleine Becken hinein. Die Erkrankungsformen, bei denen dieses seltene Krankheitsbild beobachtet wurde, sind die Osteomyelitis, die Tuberkulose, Neoplasmen und der Echinococcus des Hüftgebietes. Die Seltenheit des Krankheitsbildes bei dem doch häufigen Vorkommen der beiden ersten Erkrankungsformen erklärt sich daraus, dass bei der Osteomyelitis der Prozess häufig ein zu rapid letal verlaufender ist, dass der Femurkopf gleichzeitig mit zerstört wird, oder bei langsamerem Verlauf sich auf der Beckeninnenseite wieder neuer Knochen anlagert, das Bindegewebe etc. entzündlich verdickt ist etc. Bei der Tuberkulose kommt neben den eben angeführten Gründen noch die typische Stellung des 2. Stadiums, Flexion, Adduktion, Innenrotation hinzu, durch die das Druckmaximum nicht auf den Pfannengrund kommt.

Baisch-Heidelberg.

51) **Michael Hoke** (Atlanta, Sa.). Toxic arthritis of the hip joint in Children. (Americ. journ. of orth. surg. 1909. Bd. VII. 1.)

H. glaubt, dass bestimmte Hüftgelenksentzündungen bei Kindern durch Autointoxikation (Eiweissfäulnis im Darm) zustande kommen. Er führt als Beispiele 4 Fälle an, in denen Kinder an Darmstörungen zu leiden hatten und im Anschluss daran Schmerzen sowie alle Erscheinungen der Coxitis bekamen. Sobald die Diät geregelt war (Verbot von Fleisch und Süssigkeiten, dafür Milch-Mehldiät) und auf geordneten Stuhlgang peinlich geachtet wurde,



hörten die Beschwerden in kurzer Zeit auf. Die Röntgenbilder zeigen, dass es sich um Arthritis deformans- ähnliche Vorgänge handeln kann, vorausgesetzt, dass die Erkrankung lange genug gedauert hat. Auch von der tuberkulösen Coxitis kann die Krankheit im Röntgenbild nicht unterschieden werden.

Ein operierter Fall, wo es infolge der Arthritis zur Coxa vara gekommen war, zeigte verdickte Kapsel, vermehrte Synovia (kein Eiter oder Käse) und Weichheit des Epiphysenknorpels. Kultur- und Meerschweinchenversuche ergaben keine Tuberkelbazillen. Vier Wochen nach der Operation auch schmerzfreier Gang.

H. glaubt, dass diese toxischen Arthritiden sehr häufig mit der tuberkulösen Coxitis zusammengeworfen werden, weshalb die Statistik ungenaue oder falsche Resultate gibt, und namentlich die Berichte über kurz dauernde und mit idealem Erfolge vorgenommenen Behandlungen bei tuberkulöser Coxitis auf falschen Voraussetzungen beruhen.

Ewald-Hamburg.

52) **H. Weber** (München). Ueber die Behandlung der Kontrakturen tuberkulöser Hüftgelenke. (Arch. f. Orth. Mechanother. u. Unfallchir. 1909. Bd. VIII. 2.)

Während Lorenz bei der Coxitis das vorteilhafteste Endresultat in einer Ankylose sieht, hält Lange einen möglichst grossen Grad der Beweglichkeit bei völligem Erloschensein der Entzündung für erstrebenswert. Die Erfahrungen, die die Lange'sche Klinik mit teilweise beweglichen Gelenken bezgl. späterer Beuge- und Adduktionskontraktur gemacht hat, sind keineswegs trübe, und andrerseits schützen auch fibröse Ankylosen nicht vor späteren Stellungsverschlechterungen. Gegen die Kontrakturen gibt es ja auch Apparate und Uebungen. Natürlich betreibt Lange keine mobilisierende Therapie, hält aber doch Ausheilung mit Beweglichkeit für einen Vorzug. Die Therapie besteht in immobilisierenden und entlastenden Verbänden, Punktion und Injektion der Abszesse. — Bericht über 47 Nachuntersuchungen, (39 Redressements, 8 Osteotomien, die erst nach versuchtem unblutigen Redressement oder bei offenbarer knöcherner Ankylose vorgenommen wird). 35mal blieben die Gelenke beweglich, darunter wurden 9 erst nach dem Redressement beweglich. Natürlich handelt es sich bei der Versteifung oft nur um aktive Weichteilspannung. Die Flexionsmöglichkeit schwankte in den einzelnen Fällen zwischen 20 und 90°.

Nur zweimal waren bei den 35 Kranken Rezidive zu verzeichnen.

Lange redressiert übrigens nicht bei florider Entzündung oder



bei bestehender Eiterung, macht jedoch andererseits das Redressement häufig schon im 3., 4. u. 6. Monat der Erkrankung.

Bei den 8 Osteotomierten rezidivierte zweimal die Kontraktur.

Der Schluss ist, dass das forcierte Redressement ein ungefährlicher Eingriff ist, dessen Erfolge sehr zufriedenstellende sind.

Ewald-Hamburg.

53) **Lengfellner** und **Frohse** (Berlin). Neue Methode zur Eröffnung des Hüftgelenks. (Mediz. Klin. 1909. 45.)

1. Schnitt in der Längsrichtung über dem Trochanter major; Freilegung desselben. Nach Abmeisseln oder Durchsägen der Spitze, die dann mit der daransitzenden Muskulatur herumgeschlagen wird, liegt die Kapsel völlig frei. Die Luxation des Femurkopfes gelingt dann leicht, nachher Naht der abgesägten Trochanterspitze mit Seide.

2. Freilegung des äusseren und vorderen Teiles des Hüftgelenks: Schnitt von der Spina ant. sup. zum Trochanter hin, dem vorderen Rande des tensor fasciae lata folgend. Besonders deutlich kommt dabei das Lig. ileofemorale zu Gesicht. Quere Durchtrennung der Hüftgelenkskapsel.

3. Freilegung der Innenseite des Hüftgelenks lässt sich nicht kurz beschreiben und scheint dem Ref. keine Vorteile zu bieten.

Ewald-Hamburg.

54) **Vulpius** (Heidelberg). Die moderne Behandlung der angeborenen Hüftluxation. (Med. Klin. 1909. Nr 48.)

Vortrag, namentlich für den praktischen Arzt bestimmt. Nacheinander werden besprochen: die Notwendigkeit der Einrenkung, der Beginn der Behandlung (Mitte des 2. Lebensjahres und vorher), der behandelnde Arzt (Orthopäde), die Behandlung selbst: bei drohender Luxation Bandagierung in Abduktion, Massage. Die blutige Reposition ist wegen der Lebensgefährlichkeit, Gefahr der Versteifung, Ausbildung von Kontrakturen und arthritischen Erscheinungen zu verwerfen, auch wenn sie erst nach misslungener unblutiger Reposition angewandt wird. Schilderung der in seiner Klinik angewandten Repositionsmethode und der Retention mit Gipsverbänden in etwa rechtwinkliger Abduktion bei gestrecktem Unterschenkel, nach 2 Monaten Wechsel und Stellungsänderung; nach 4—6 Monaten nach Beginn der Behandlung Massage, vorsichtige Bewegungen, Lederhülse während der Nacht. Bei einseitiger Luxation soll das gesundseitige Bein erhöht werden. — Besprechung der Schwierigkeiten und üblen Zufälle bei Reposition, Retention und Nachbehandlung. Resultat: in 60—70% bei einseitiger, 40—50% bei doppelseitiger Luxation idealer Erfolg. **Ewald**-Hamburg.



55) **Léon Cardenal.** Higroma crónico de la rodilla. (Rev. clin. de Madrid 1909. Band 2. Nr. 14.)

Mitteilung eines Falles von einer kolossal ausgedehnten chronischen Bursitis des praepatellaren Schleimbeutels bei einer 50jährigen Frau. Die Geschwulst hatte sich im Verlaufe von 18 Jahren zu der jetzigen Grösse entwickelt. Sie hatte die Grösse eines Kinderkopfes und besass einen Umfang von 41 cm. bei einem Durchmesser von ca. 13 cm. Die Bewegungen des Gelenkes selbst waren frei. Der Inhalt der Geschwulst war eine dicke Flüssigkeit von schokoladenbrauner Farbe. Der Heilungsverlauf nach der Operation war ungestört.

Stein-Wiesbaden.

56) **O. v. Frisch** (Wien). Ueber atypische Zerreissung des Kniestreck-Apparates. (Arch. f. Orth., Mechanother. u. Unfallchir. 1909. Bd. VIII. 2.)

Ein 15jähriger Junge erlitt beim Bockspringen eine völlige Abreissung des lig. patellae vom Apex der Patella, von dem noch ein Knochenstückchen mitgerissen wurde. Die Naht führte zu einem guten Resultat.

Ewald-Hamburg.

57) **Celesia.** Anastomosis arterio-venosa latero-lateral en un caso de gangrena del pié. (Rev. de la Soc. méd. Argentina. Bd. XVII. Nr. 97.)

52 jährige Kranke mit Gangrän des linken Fusses. Die grosse Zehe war bereits früher wegen Gangrän amputiert worden. Zur Zeit waren gangränöse Stellen an den übrigen Zehen vorhanden, und es bestand auch ein Geschwür am Fussgelenk. Die Schmerzen waren ungeheuer heftig, das ganze Bein war unbeweglich und kalt. C. machte eine laterale Anastomose von $2^1/_2$ cm. Länge zwischen der Arteria und Vena femoralis im Scarpaschen Dreieck. Der Erfolg war alsbald ein sehr guter. Bereits am gleichen Tage hörten die Schmerzen auf, die Extremität bekam wieder Wärme, die Operationswunde heilte schnell. Nach 5 Tagen konnte die Kranke selbständig das Bein bewegen. Nach 3 Wochen war äusserlich kein Unterschied mehr zwischen der Färbung der linken und rechten unteren Extremität. Die vorher nekrotisch belegten Geschwüre waren sauber. Die Kranke starb plötzlich 4 Wochen nach der Operation an einer Embolie. Die Lokalautopsie der Operationsstelle ergab, dass die Vene unterhalb der Anastomose ganz frei war, und an Volumen zugenommen hatte. Die Arterie war mit Thromben unterhalb der Operationsstelle bis in die Kniekehle hin erfüllt. Der Fall zeigt, dass die hier vorgenommene Operation in den Fällen von Gangrän der Zehen oder des Fusses unter Umständen recht guten Erfolg verspricht, und jedenfalls empfohlen

werden kann, wenn es sich zunächst nur um die Beseitigung der heftigen Schmerzen handelt und die Amputation aus sonstigen Gründen kontraindiziert ist. **Stein**-Wiesbaden.

Kongress- und Vereinsberichte.

58) **Channing C. Simmons** (Boston). Amerikanische Orthopädenversammlung. 16. VI. 1909. (Revue de chir. 1909, Nr. 12.)

3 Fälle von Cysten der langen Knochen (5, 6 und 28jähr. Patienten), bemerkt nach Fraktur des Oberarms und der Oberschenkel. Da die Fraktur nicht heilte, wurde die Cyste operativ eröffnet und ausgekratzt. Neben blutig gefärbter Flüssigkeit fanden sich Granulationen und Knochentrabekel, kein Knorpel. Immer Heilung ohne Rezidiv. **Ewald**-Hamburg.

59) **Eckstein.** K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien, 7. I. 1910. (Berl. klin. Woch. 1910, Nr. 4.)

6jähr. Knabe mit sogenannter fötaler Amputation. Vom rechten Bein ist nur ein Femurstummel vorhanden. Das linke Femur ist auffallend kurz, die Fibula fehlt, die Tibia ist im unteren Drittel abgeknickt. Zehen sind gut. Die Erklärungsversuche inkl. Amniontheorie hält E. für unzureichend.

Ewald-Hamburg.

60) **Howard Lilienthal.** Chirurg. Gesellsch. in New-York. (12. V. 09.) (Revue de chir. 1909. Nr. 12.)

Ein 12jährig. Junge bekam nach einem Vorderarmbruch (Verband!) eine Volkmannsche ischämische Kontraktur. 4 Monate nach dem Unfall nahm L. eine Kontinuitätsresektion beider Vorderarmknochen vor, die zunächst völlige Dorsalflexion der Hand erlaubte. Doch stellte sich allmählich die Kontraktur wieder her, weshalb jetzt Massage und Uebungen angewandt werden, worauf sehr befriedigendes Resultat.

Taylor hat ebenfalls Rezidive nach Knochenverkürzungen und Sehnenverlängerungen beobachtet. Das Vorgehen von Jones (allmähliche Korrektur der Kontraktur, Mobilisation, Massage und Schienenwicklung) oder von Martin (elastischer Zug) führt zu guten Dauererfolgen. Natürlich muss man operativ eingreifen, wenn die Nerven in Narbengewebe eingebettet sind.

Ewald-Hamburg.

61) **Lindemann.** Aerztl. Verein zu Essen (Ruhr) 9. XI. 09. (Berlin. klin. Woch. 1910. Nr. 4.)

2 Fälle von Gelenkkörper nach Trauma, beide Male operativ entfernt. Funktion 3 und 5 Wochen nach der Operation gut. Einmal Abriss des medialen Meniskus, im Röntgenbild nichts zu sehen. Einmal im Röntgenbild als kleiner der Tibiafläche aufsitzender Schatten. **Ewald**-Hamburg.

62) **Schlesinger** zur Ges. für innere Med. und Kinderheilkunde zu Wien, 9. XII. 1909. (Berl. klin. Woch. 1910, Nr. 1.)

38jähr. Frau mit fieberhafter Spätlues der Gelenke. Vor 2 Jahren fieberhafte akute Gelenkschwellungen, die jeder Therapie trotzten. Nachdem die Wassermann'sche Reaktion Lues ergeben hatte, wurde eine antiluetische Kur mit glänzendem Erfolge durchgeführt. Röntgenuntersuchung ergab eine Ostitis luetica. **Ewald**-Hamburg.



63) Discussion on modern methods in the treatment of tuberculous. Disease of joints. (Brit. med. journ. 2. Okt. 09.)

Macewen (Glasgow) erörtert die Frage, ob es zweckmässiger sei, die Gelenke steif ausheilen zu lassen, oder die erkrankten Partien zu exzidieren. Wenn man durch die Operation nur eine Ankylose zu erreichen sucht, so rät er dieses Resultat auf konservativem Wege zu gewinnen. Die Gelenktuberk. beginnt bei Kindern meist in der Epiphysenlinie und bricht erst später ins Gelenk ein, in solchen Fällen muss man durch Ruhigstellen etc. ein Weitergreifen auf die Knorpel und Synovialis zu verhindern suchen. Wenn man aber operiert, bevor die Synovialis erkrankt ist, dann von einer Stelle, wo man leicht an die Epiphysenlinie gelangen kann; oder die Synovialis an einer Stelle öffnen, wo die Narbe keine Bewegungsstörung gibt. Bei der konservativen Behandlung der zeitigen Epiphysentbk. ist im 1. Stadium die aktive Phagozytose und vermehrte Leukozytose durch Jodoforminjektion anzuregen, bei Beteiligung der Weichteile, sind auch diese mit zu injizieren, sonst Ruhe! Im 2. Stadium (konfluierende und verkäsende Tbt.) ebenfalls Jodoforminjektionen oder, nachdem man operativ zu dem Epiphysenherd Zugang geschaffen hat, Auswaschen der Höhle mit Jodoformborax 1 : 4. Ruhigstellung des Gelenks ohne Druck, aber Massage der darunter und darüber liegenden Teile. Biersche Stauung allein genügt nicht, unterstützt aber die Behandlung. Im 3. Stadium (kontraktive Ankylose) warnt er vor forzierten Redressements. Bei Exzisionen ist auf totale Entfernung alles Erkrankten genau zu achten, bei möglichster Erhaltung der Länge und Funktion des Gliedes.

Robert Jones (Liverpool) ist bei kindlicher Tbk. vollständig konservativ geworden, beim Erwachsenen operiert er selten. Er stellt den Satz auf betr. zeitiger Erkenntnis der Diagnose: freibewegliche Gelenke sind nicht erkrankt. Das erste Symptom eines erkrankten Gelenks ist Rigidität, der Schmerz ist zu unbeständig, um massgebend zu sein. Die Frage, ob ein Gelenk ausgeheilt, entscheidet: entweder die freie Beweglichkeit oder die vollkommene Steifheit. Ist der Winkel eines als steif aus der Behandlung entlassenen Gelenks nach kurzer Zeit verändert, ohne dass der Patient imstande ist, das Gelenk vom Ausgangspunkte bis zum jetzigen Stand frei zu bewegen, dann ist der Krankheitsprozess noch nicht ausgeheilt. Bei der Behandlung von kindlicher Tbc. ist Ruhe und Fixation möglichst bei ständig freier Luft die Hauptsache, Traktion oder Extension müssen als eine der absoluten Ruhe untergeordnete Methode bezeichnet werden. Der Ausgang in Ankylose ist so gewöhnlich, dass wir bestrebt sein müssen, von vornherein das Gelenk in bester Stellung ausheilen zu lassen. Abszesse soll man, wenn möglich, an die Oberfläche kommen lassen, dann von einer kleinen Oeffnung mit dem Löffel auskratzen oder ausspülen. Deformierte Kniegelenke werden ganz allmählich durch Schienen, die immer ca. 10° mehr gestreckt sind als das Gelenk, zu guter Stellung gebracht. Tuberkulin unterstützt die Behandlung, vor passiver Hyperämie wird gewarnt, ebenso vor alleiniger Anwendung von Marmorekserum.

Sonnenburg (Berlin) operiert jetzt viel seltener, wie früher. Bei Fällen mit Fisteln hatte er gute Erfolge mit Marmorekserum. Er berichtet über 20, mit Neu-Tuberkulin (Koch) behandelte Fälle, die Zeit ist noch zu kurz, um ein Endergebnis festzustellen. Die Technik war folgende: nach positivem Pirquet wird die Behandlung mit 0,001 begonnen, allmählich steigend auf 0,02 mg. bis keine Reaktion mehr eintritt, dann alle 4 Wochen durch Pirquet kontrolliert.



Tubby (London). Die paraartikuläre Tbc. bricht, wenn auch an verschiedenen Gelenken, verschieden häufig und zu verschiedener Zeit, auch noch von Herden jenseits der Epiphysenlinie, mehr oder minder in allen Fällen ins Gelenk durch, wenn sie nicht zeitig genug erkannt und behandelt wird. Als Hauptsymptom gilt ihm ein typischer von Gelenkschmerz verschiedener Schmerz, der besonders stark nach Ermüdung auftritt. Die Muskelatrophie ist häufig schon vor der Bewegungsbeschränkung vorhanden. Er rät zu absoluter Ruhe und Immobilisierung bei leichten Fällen, sonst zu operativen Massnahmen, nach Eröffnung des Herdes: auswaschen mit Kamphernaphtol oder 10% Chlorzink.

Renton (Glasgow) empfiehlt zur Feststellung der Diagnose Calmettes Tuberculin-Augenprobe, die selten im Stich lässt. Die Hauptlinien der Behandlung seien: Biersche Stauung, alle 14 Tage Wrightsche Tuberkulininjektion, hygienische Massnahmen, Extension, bei Coxitis Thomas splint., zeitig erkannte Fälle heilen ohne Operation. Schwankt man bei paraartikulären Tbc. zwischen Operation und konservativen Massnahmen, so beobachtet man die Fälle, kontrolliert von Zeit zu Zeit durch X-Strahlen; wird der Herd nicht kleiner, dann soll er exzidiert und die Höhle mit Jodoform, Glycerin oder Mosetig-Wachs ausgefüllt werden. Ist das Gelenk schon affiziert, dann rät er zu Extension, will man operieren, so soll man beim Schulter- Hüft- und Ellenbogengelenk exkochleieren, beim Kniegelenk resezieren.

Cousins (Portsmouth) rät bei progredienter Tbc. das Gelenk sofort zu eröffnen, bei zeitig erkannter Synovialtbc. Jodoform zu injizieren. Selbst wenn Stillstand der Symptome eingetreten ist, warnt er dringend vor Redressements. Wenn man sich zur Operation entschliesst, so soll es möglichst zeitig geschehen, denn partielle Arthrektomien heilen oft ohne wesentliche Verkürzung die Deformität aus.

Maynard Smith (London) spricht über die Resultate der Tuberkulininjektionen und den Nutzen des opsonischen Index. Er ist ein Verteidiger der konservativen Behandlung.

Rushton Parker (Liverpool) rät bei Coxitis immer die Behandlung mit der Thomasschen Schiene anzufangen, mit der man fast stets ein in guter Stellung ausgeheiltes Gelenk erzielt.

Catchart (Edinburg). Die Tuberkulose ist eine Krankheit, die meist ohne Operation ausheilt, es sind daher erst alle konservativen Massnahmen zu versuchen, ehe man zur Operation schreitet. Nur bei raschem Fortschreiten der Erkrankung rät er zur Operation, die von dem Alter, der Konstitution des Patienten, von der Lokalisierung und Ausdehnung der Erkrankung und dem Zustande des Gelenks abhängig zu machen ist. **Mosenthal**-Berlin.

64) **I. Warren Sever** (Boston). Amerikanische Orthopädenversammlung. 16. VI. 09. (Revue de chir. 1909. Nr. 12.)

11. Fälle von Spina bifida, radiographisch sicher gestellt. Fast immer waren daneben die Wirbelkörper deformiert, abgeplattet oder keilförmig, so dass klinisch ein kurzer Hals, Kyphosen und Skoliosen zu konstatieren waren. Mehrmals Lähmungen, angeborene Hüftluxationen, Hypertrichosis über der Spina bifida. **Ewald**-Hamburg.

65) **Steuernthal.** Aerztl. Verein zu Essen (Ruhr). 2. XI. 09. (Berl. klin. Woch. 1910. Nr. 4.)

3 jähr. Junge mit orthotischer und alimentärer Albuminurie. Im Liegen und bei eiweissfreier Diät Verschwinden des Albumens. Nicht das



Aufrechtstehen, sondern die physiologische Lordose ist Schuld an der Albuminurie (Jehle). Bei Herstellung einer Lendenlordose im Liegen ist auch Albuminurie zu beobachten. Demnach wurde das Kind durch Bänder, die vom Leib zu den Knieen gingen, gezwungen in gebeugter Haltung zu gehen und wurde dadurch eiweissfrei. **Ewald**-Hamburg.

66) **Gwilym G. Davis** (Philadelphia). A sling for head extension. (Amer. journ. of orth. surg. 1909. Bd. VII. 2.)

Die Kopfschlinge besteht aus dem Kinnteil, an den unterhalb der Ohren zwei genügend lange Streifen genäht sind, die kreuzweise über den Hinterkopf laufen und mit Sicherheitsnadeln oberhalb der Ohren an der Verlängerung des Kinnteils befestigt werden. **Ewald**-Hamburg.

67) **Plate.** Ärztlicher Verein in Hamburg, 1. III. 1910.

26jähr. Mädchen, 3mal geboren, jetzt im 8. Monat der Gravidität, seit 3 Jahren syphilitisch. Plötzlich unter Fieber Schmerzen in der rechten Schulter, nach 4 Wochen Deltoideus atrophisch und Subluxation des Humerus (Röntgenbild). Starke Atrophie des Humeruskopfes. Massage und Heissluft ohne Erfolg, nach dem Partus Gonokokken gefunden. Heilung nach Radiogenbehandlung, Beseitigung der Deltoideusatrophie durch Galvanisation. Die grosse Intensität der Schultergelenksentzündung dürfte mit der Gravidität in Zusammenhang zu bringen sein. **Ewald**-Hamburg.

68) **Hirsch.** K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien 7. 1. 10. (Berlin. klin. Woch. 1910. Nr. 4.)

Fall von konservativ behandelter Kahnbeinfraktur der Hand. Die Beschwerden (Druckschmerz, Einschränkung der Dorsalflexion und radialen Abduktion, Muskelatrophie) bestehen fort. Das einzig richtige ist die Exstirpation des Kahnbeins in jedem Falle. **Ewald**-Hamburg.

69) **Guradze,** Verein der Arzte Wiesbadens, 15. XII. 09. (Berl. klin. Woch. 1910 Nr. 4.)

Demonstration eines $1^1/_2$jähr. Knaben, dessen linkes Bein um 16 cm verkürzt ist (Oberschenkel um 11 cm) und nur bis zum r. Knie herunterreicht. Fuss in starker Plattfussstellung. Röntgenbild: vom Femur nur der Kopf und die distale Epiphyse vorhanden, Patella und Fibula fehlen. Gang auf linkem Fuss und rechtem Kniegelenk. — Ferner zeigt G. 1 Fall von totalem Fibuladefekt (starke Plattfussstellung, beiderseits nur 4 Zehen, rechte Hand nur 3 Finger, Syndaktylien), weiterhin einen Fall von partiellem Fibuladefekt (oberes Ende fehlt, 4 Zehen, Syndaktylie). Ätiologie: am wahrscheinlichsten Amnionerkrankung. Therapie: Für den ersten Fall Prothese, für die beiden anderen Redression, Gipsverband, später Apparate. **Ewald**-Hamburg

70) **Heller.** Mediz. Verein in Greifswald 25. VI. 09. (Deutsche med. Woch. 1910. Nr. 2.)

Die Operation der Coxa vara führt H. in der Weise aus, dass er zwischen Trochanter major und minor einen Keil heraus meisselt, dessen Grösse er nach der Grösse des Schenkelhalswinkels (Röntgenbild!) berechnet.

Ewald-Hamburg.

71) **Körber.** Ärztlicher Verein in Hamburg, 1. III. 1910.

Demonstration eines Präparats und vieler Röntgenbilder von Gelenkknorpelabsprengungen aus der Femurgelenkfläche. Meist kann man den Defekt im Röntgenbild sehr gut erkennen. Zu der Annahme einer Osteochondritis



dissecans (König sen.) als Ursache der Entstehung der Corpora libera kann K. sich nicht entschliessen, sondern glaubt an eine traumatische Entstehung.

Ewald-Hamburg.

72) **Broca.** Société de chirurgie de Paris, 17. XI. 1909. (Revue de chir. 1910. Nr. 1.)

Bei der typischen Malleolarfraktur der Kinder kommt es häufig, anstatt zu einem Abriss des Malleolus int. zu einer Lösung der unteren Tibiaepiphyse.

Auch Kirmisson hat diese Verletzung 6—8 mal beobachtet.

Ewald-Hamburg.

73) **Ewald.** Ärztlicher Verein in Hamburg, (biol. Abt.), 22. II. 1910.

Demonstration eines Plattfussskelettes und vieler Röntgenbilder leichter und schwerer Plattfüsse. Die verschiedenen Verdrehungen und Verschiebungen des Calcaneus gegen den Talus lassen sich gut erkennen, ebenso die Pronation des Naviculare, das durch Vermittlung des starken lig. calcaneo-naviculare („Pfannenband") jeder Bewegung des Calcaneus folgt. Ausserdem zeigen die Bilder als Ausdruck einer lange bestehenden Arthritis deformans Osteophyten am Taluskopf und Naviculare, die nicht — wie das geschehen ist — für Talus- oder Navikularfrakturen, für Tuberkulose oder für Zeichen einer tabischen Arthropathie gehalten werden dürfen. — Eine Untersuchung von über 600 Kindern von 7—15 (meist 13) Jahren ergab, dass ca. $^2/_3$ sämtlicher Kinder einen Knickfuss, über $^1/_3$ einen Plattfuss haben. Der Plattfuss kann also nicht erst in der Adolescenz entstehen, sondern beginnt da blos schmerzhaft zu werden. Ferner konnte an den Kinderplattfüssen weder eine Knochenverbildung (infolge Weichheit) noch eine Muskelschwäche festgestellt werden, so dass also auch diese Theorien nicht aufrecht zu halten sind. Ob sämtliche Kinderplattfüsse beim Erwachsenen bestehen bleiben, müssten statistische Untersuchungen von Militärärzten ergeben. Zweckmässigeres Schuhwerk ist unbedingt auch schon für die Ein- und Zweijährigen zu fordern.

Deutschländer glaubt, dass Navikularfrakturen doch häufiger und auch schon bei geringen Traumen auftreten. Auch die Arthritis deformans bei Jugendlichen muss in der Regel auf ein Trauma bezogen werden. Und schliesslich treten bei den Navikularfrakturen erhebliche Muskelatrophien am Unterschenkel auf.

König nimmt aus den Formveränderungen der Fusswurzelknochen beim Plattfuss doch eine abnorme Knochenweichheit an. Er glaubt an eine Rückbildung des kindlichen Plattfusses, da man beim Erwachsenen nicht dieselbe Menge von Plattfüssen beobachte. Er hat ferner Bedenken, ob durch Schuhwerk mit Hacken und Stütze am inneren Fussrand nicht die Muskelerstarkung gehemmt wird.

Ewald fordert für die Diagnose Navikularfraktur unbedingt ein wirkliches Trauma und ein einwandfreies Röntgenbild, eventuell Vergleich mit der gesunden Seite. Arthritis deformans wird auch bei Jugendlichen schon beobachtet, ebenso erhebliche Muskelatrophien bei Plattfüssen. Die Knochendeformitäten seien auch aus den Proliferationsvorgängen der Arthritis deformans zu erklären. Die Frage, ob die Plattfüsse sich zurückbilden können, kann durch klinische Beobachtung nicht entschieden werden. Bezgl. der Stiefel sind bei Kindern doch mindestens dieselben Forderungen zu stellen wie bei Erwachsenen.

Ewald-Hamburg.

Druckfehlerberichtigung. In dem Referat über „Bernard, Traitement de l'ostéomalacie" in Heft 5 S. 227 muss es heissen: 1‰ Adrenalinlösung.

Inhalt: Bücherbesprechungen: Krause, Skelett der oberen und unteren Extremität. — **Sultan,** Grundriss und Atlas der speziellen Chirurgie. — **Herbst,** Atlas und Grundriss der zahnärztlichen Orthopädie. — **Brorström,** Akute Kinderlähmung und Influenza. — **Biesalski,** Umfang und Art des jugendlichen Krüppeltums und der Krüppelfürsorge in Deutschland. — **Rosenthal,** Die Massage und ihre wissenschaftliche Begründung. — **Norström,** Chronische rheumatische Muskelentzündung und ihre Behandlung durch Massage. — **Norström,** Der chronische Kopfschmerz und seine Behandlung durch Massage. — **Wohlauer,** **Technik** und Anwendungsgebiet der Röntgenuntersuchung. — **Riesow,** Ueber eine durch amniotische Verwachsungen hervorgerufene Missbildung.

Referate: 1) **Goyanes,** Angeborene Missbildungen. — 2) **Arquellada,** Angeborene Syndaktylie. — 3) **Kannengiesser,** Händedesinfektion mit Alkohol. — 4) **Cassanovas,** Momburgsches Verfahren. — 5) **Ribera,** Erzeugung von Blutleere nach Momburg. — 6) **Solé,** Myositis ossificans. — 7) **Krause,** Ischämische Muskelkontrakturen. — 8) **Grober,** Spinale Kinderlähmung. — 9) **Beneke,** Poliomyelitis acuta. — 10) **Flexner und Lewis,** Poliomyelitis bei Affen. — 11) **Foerster,** Symptomatologie der Poliomyelitis. — 12) **Blanc,** Deformitäten bei spinaler Kinderlähmung. — 13) **Machol,** Behandlung der spinalen Kinderlähmung. — 14) **Thiem,** Invalidenbegutachtung. — 15) **Goyanes,** Operation nach Foerster. — 16) **Schanz,** Krampfanfälle nach orthopäd. Operationen. — 17) **Valle** und **Aldabalde,** Kindlicher Pseudotetanus. — 18) **Hergt,** Beschäftigungsneuritis. — 19) **Pfeiffer,** Gewächse im Knochensystem, durch Trauma entstanden. — 20) **Piperata,** Extremitätensarkome. — 21) **Nathan** und **Strang,** Gelenkerkrankungen. — 22) **Toyokichi Okada,** Infantile Formen der Arthritis deformans. — 23) **Zesas,** Osteoarthritis deformans coxae. — 24) **Ghillini,** Lösung der unteren Femur-Epiphyse. — 25) **Larraya,** Gonorrhoische Kniegelenksentzündung, durch galvan. Strom geheilt. — 26) **Gibney,** Arthrotomie bei Gelenktuberkulose. — 27) **Baer,** Implantation von präparierten Schweineblasen zur Gelenksmobilisierung. — 28) **Zur Verth,** Carbenzym bei tuberkulösen Affektionen. — 29) **Zander II,** Röntgendiagnose und Senkungsabszesse. — 30) **Ridlon** und **Blanchard,** Wismuthpaste bei tuberkulösen Abszessen. — 31) **Hirschberg,** Die Codivillasche Nagelextension bei Knochenbrüchen. — 32) **Rücker,** Streckverband nach Bardenheuer. — 33) **Becker,** Heissluftpendelapparate. — 34) **Krukenberg,** Aethernarkose bei Röntgenaufnahmen. — 35) **Maigangi,** X-Strahlen und Nervensystem. — 36) **Schmitz,** Fraktur des Querfortsatzes der Lendenwirbel. — 37) **Wollenberg,** Pottscher Buckel. — 38) **Neumann,** Operative Behandlung der Spondylitis tuberculosa. — 39) **Jibich,** Konkavtorsion bei Skoliosen. 40) **Giordano,** Radiographie eines Falles von Spondylitis rhizomelica. — 41) **Marcus,** Modifikationen am Hessingkorsett. — 42) **Luft,** Kongenitale Schultergelenksluxation. — 43) **Katzenstein,** Kombinierte Muskelplastik an den Extremitäten. — 44) **Gilette,** Einfacher Verband bei Schultergelenkstuberkulose. — 45) **Lozano,** Fraktur des Condylus externus. — 46) **Schwarz,** Pathologischer Cubitus valgus. — 47) **Barella,** Ellenbogengelenksverletzung. — 48) **Schulz,** Os naviculare bipartitum manus. — 49) **Mitchell,** Sudecksche Atrophie der Metacarpalia. — 50) **Henschen,** Pathologische zentrale Hüftluxation. 51) **Hoke,** Hüftgelenksentzündung bei Kindern durch Autointoxikation. — 52) **Weber,** Kontrakturen tuberkulöser Hüftgelenke. — 53) **Lengfellner,** und **Frohse,** Eröffnung des Hüftgelenks. — 54) **Vulpius,** Angeborene Hüftluxation. — 55) **Cardenal,** Chronische Bursitis des praepatellaren Schleimbeutels. — 56) **v. Frisch,** Zerreissung des Kniestreck-Apparats. — 57) **Celesia,** **Gangrän** des Fusses. —

Aus Kongress- und Vereinsberichten: 58) **Simmons,** Cysten der langen Knochen. — 59) **Eckstein,** Fötale Amputation. — 60) **Lilienthal,** Volkmannsche ischämische Kontraktur. — 61) **Lindemann,** Gelenkkörper nach Trauma. — 62) **Schlesinger,** Spätlues der Gelenke. — 63) **Diskussion über neuere Methoden zur Behandlung der Gelenktuberkulose.** — 64) **Sever,** Spina bifida. — 65) **Steuernthal,** Orthotische und alimentäre Albuminurie. 66) **Davis,** Kopfschlinge. — 67) **Plate,** Schultergelenksentzündung. — 68) **Hirsch,** Kahnbeinfraktur. — 69) **Guradze,** Um 16 cm. verkürztes Bein; Fibuladefekt. — 70) **Heller,** Coxa vara. — 71) **Körber,** Gelenkknorpelabsprengungen. — 72) **Broca,** **Malleolarfraktur.** — 73) **Ewald,** Plattfuss.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. Dr. **O. Vulpius** in Heidelberg, Luisenstr. 1—3, oder an die Verlagsbuchhandlung **S. Karger** in Berlin NW 6, Karlstr. 15, einsenden.

Zentralblatt
für
Chirurgische und mechanische Orthopädie
einschliesslich der gesamten Heilgymnastik und Massage.

Redigiert von
Prof. Dr. O. Vulpius
in Heidelberg.

Verlag von
S. Karger in Berlin
NW., Karlstrasse 15.

Monatlich erscheint ein Heft im Umfang von 48 Seiten. Preis des Jahrgangs Mk. 15,—. Zu beziehen durch die Post und durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes.

Bd. IV. **Juli 1910.** **Heft 7.**

1) **Manhold** (Heidelberg). Hereditäre Polydaktylie. (Zeitschr. f. orth. Chir. XXIII. Bd. 3.—4. H. S. 587.)

Sowohl der Vater wie eine Schwester dieses Kindes wiesen ganz ähnliche Missbildungen auf. Bei dem genauer beschriebenen Mädchen waren an beiden Händen 5 dreigliedrige Finger und kein Daumen vorhanden, an der rechten Hand war ein früher vorhandenes Daumenrudiment abgetragen worden. An beiden Füssen liessen sich ausser den normalen 5 Zehen linkerseits noch eine überzählige Grosszehe, rechterseits sogar eine verdoppelte überschüssige Grosszehe feststellen. Die zuviel vorhandenen Grosszehen wurden operativ entfernt. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

2) **Bibergeil**-Berlin. Zur Kasuistik seltener angeborener Deformitäten. (Zeitschr. f. orth. Chir. XXIII. Bd. 3.—4. H. S. 593.)

Beschreibung eines Falles von Tibiadefekt in Verbindung mit einer angeborenen Lumbalhernie und kongenitaler Skoliose infolge unvollkommener Bildung des 12ten Brustwirbels. Da sämtliche Missbildungen sich auf der gleichen Seite befinden, glaubt Verf. eine Störung der Knochenkernbildung infolge intrauterinen Drucks als Ursache annehmen zu können. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

3) **W. Truslow** (Brooklyn, N. Y.). The principles of muscle-balance as applied to orthopedic practice. (Americ. journ. of orthop. surg. 1909. Vol. VII. 2.)

Es wird genau studiert, 1. die Muskelbalance bei der Gelenkbewegung, 2. das fehlende Gleichgewicht bei orthopädischen Krankheiten, 3. die Gründe dafür, 4. die Behandlung. —



Die Eigentümlichkeit der menschlichen Haltung und Bewegung, die als bestimmenden Faktor ausser dem Muskelzug die Schwere der einzelnen Glieder wirken lässt, bedingt ein Ueberwiegen einzelner Muskelgruppen. So sind die Beuger stärker als die Strecker, die Innenrotatoren sind kräftiger als die Aussenrotatoren, die Wirbelsäulenstrecker überwiegen die Beuger. Jedenfalls sind aber die Muskeln bezügl. Kraft und Innervation immer so eingerichtet, dass sie ihren Antagonisten + einer eventuell wirkenden Schwere immer die Wage halten.

Das gestörte Gleichgewicht muss zu Deformitäten führen, und und zwar kann es 1. primär, rein mechanisch wirken oder 2. sekundär bei den eigentlichen Gelenkerkrankungen und dann eventuell den ätiologischen Faktor unterstützen.

Zur Gruppe I. gehört die funktionelle Skoliose, der acquirierte Torticollis, der funktionelle Platt- oder Knickfuss und die Lähmungsdeformitäten. Zur Gruppe II. die Gelenkentzündungen, gewisse kongenitale Missbildungen (Klumpfuss, numerische Variation der Wirbelsäule), rachitische Verkrümmungen.

Die Behandlung hätte bezgl. der 1. Gruppe in Wiederherstellung des Muskelgleichgewichts zu bestehen (Uebungen, Apparate, die das Belastungsmissverhältnis ausschalten). Eine Korrektion der Deformität muss vorhergehen. Die Behandlung muss solange dauern, bis die Knochen im Sinne des Wolffschen Gesetzes ihre normale Form, die Bänder ihre normale Festigkeit, die Muskeln ihren gehörigen Tonus wiedergewonnen haben. (Es wird leider nicht gesagt, wie diese theoretischen Forderungen sich erfüllen lassen. Ref.)

Auch für die 2. Gruppe kommt als wichtigstes Moment die Beseitigung der Deformität in Frage. **Ewald**-Hamburg.

4) **Andreae** (Eisenach). Zur Behandlung einiger chronischer Deformitäten. (Deutsche med. Woch. 1909. Nr. 48. S. 2108.)

A. bespricht die am häufigsten vorkommenden Deformitäten und die von ihm geübte Behandlung. Bei der Hüftbeugekontraktur als Folge einer mehr oder weniger ausgeheilten Coxitis wendet Verf. die Osteotomia subtrochanterica zur Korrektur der Deformität an. Bei Coxa vara kommt in frischen Fällen antirachitische Behandlung, Bettruhe, Massage und Uebungen in Frage, bei alten Fällen kann nur die Osteotomie, die Verf. nach der von Bayer angegebenen Methode mit geringer Modifikation ausführt, eine Besserung schaffen. Erst kürzere Zeit bestehende O- und X- Beine können durch Allgemeinbehandlung der Rachitis eventuell unter Zuhülfenahme von



Schienen leicht zur Heilung gebracht werden. Bei längerem Bestehen ist die Korrektur nur durch Osteotomie, eventuell durch Eindrückung des Tibiakopfes nach Schanz möglich. Bei Kniekontrakturen, die fibröser Natur sind, lässt sich durch Redressement noch eine Streckung erzielen. Bei knöcherner Ankylose ist eine Osteotomie, vielfach oberhalb und unterhalb des Kniegelenks, oder eine Keilresektion notwendig. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

5) **Momburg** (Berlin). Einige Bemerkungen zur Technik der Blutleere der unteren Körperhälfte. (Deutsche med. Woch. 1909. Nr. 48. S. 2107.)

M. macht darauf aufmerksam, dass der Schlauch, der um die Taille gelegt wird, möglichst fest angezogen werden muss, sodass jeder Uebertritt von Blut in die untere Körperhälfte unmöglich wird, da die Verminderung der Blutmenge im Oberkörper zu Kollaps Veranlassung geben kann. Teils aus diesem Grunde, teils auch um nicht die ganze untere Körperhälfte auf einmal wieder in die Zirkulation einschalten zu müssen, ist es notwendig, die unteren Extremitäten durch Anlegung einer Binde abzuschnüren. Der Schlauch um das Abdomen soll bei steiler Beckenhochlagerung angelegt werden, um die nach oben gleitenden Baucheingeweide möglichst vor dem Druck zu schützen. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

6) **v. Kamptz.** Die Momburgsche Blutleere. (Diss. Leipzig. 1909)

K. hat die bisher in der Literatur veröffentlichten Fälle, bei denen die Momburgsche Blutleere angewandt wurde, zusammengestellt und kommt auf Grund seiner Studien zu der Ansicht, dass dieselbe einen hervorragenden Fortschritt bedeutet, da sie die Esmarchsche Blutleere, welche nur an den Gliedmassen anwendbar ist, auch auf die untere Rumpfhälfte ausdehnt, und da unter ihrem Schutze Eingriffe an lebenswichtigeren Organen vorgenommen werden können. Sollte dieselbe wirklich gewisse Gefahren mit sich bringen und sollte sie wirklich einmal Schaden anrichten, so wird dieser dem sonstigen grossen Nutzen gegenüber nur gering angeschlagen werden können. **Blencke**-Magdeburg.

7) **Vulpius** (Heidelberg). In welchen Heilanstalten wird die Behandlung von Unfallverletzten am zweckmässigsten durchgeführt? (Deutsche med. Woch. 1909. Nr. 38. S. 1651.)

V. plädiert dafür, dem Vertrauensarzt der Berufsgenossenschaften das Urteil zu überlassen, ob bei Behandlung durch den Kassenarzt die häuslichen Verhältnisse nicht die Heilungsaussichten verschlechtern



könnten. Ist das letztere der Fall, so ist eine möglichst zeitige Uebernahme des Heilverfahrens durch die Berufsgenossenschaft am Platze. Die öffentlichen Krankenhäuser sind nicht so sehr dafür geeignet (Platzmangel und Arbeitsüberhäufung der Aerzte), besser sind für diesen Zweck die Unfallabteilungen der orthopädischen Institute, wo die Behandlung je nach Lage des einzelnen Falles ambulant oder stationär durchgeführt werden kann. Am geeignetsten erscheinen V. eigene Unfallkrankenhäuser, die von den Berufsgenossenschaften selber unterhalten werden, und bei denen eventuell auch Spezialabteilungen für besondere Erkrankungen (Innere, Augen Ohren) geschaffen werden können. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

8) **Dupont** (Paris). Quelques resultats de la méthode de Bier. (Rev. de chir. XXXIX. Bd. S. 267.)

D., der nach seinen Angaben sich selbst bei Bier genau über die Technik der Methode informiert hat, ist mit seinen Erfolgen nicht sehr zufrieden. Speziell bei akuter Eiterung und bei Altersgangrän hat D. mit der Bindenstauung keinen Erfolg gehabt, etwas günstiger waren die Resultate mit dem Saugglas speziell zur Entfernung von Eiter. Bei Tuberkulose ist nach D'.s Erfahrungen die Methode der Bindenstauung aussichtsvoller. Bei fistelnder Tuberkulose war eine günstige Beeinflussung des Prozesses wahrzunehmen, geschlossene Tuberkulose hält D. nicht für geeignet für diese Behandlung. Am besten wirkte nach D'.s Anssicht noch die Saughyperämie auch bei den Tuberkulosen. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

9) **Victor Horsley.** The function of the so-called Motor-Area of the brain. (British med. journ. 17. Juli 1909.)

Aus der zu Ehren Linaires (Galenübersetzer) gehaltenen Rede, will ich nur die Hauptpunkte herausgreifen. Es ist dem auf dem Gebiete der Hirnphysiologie und -Chirurgie so bekannten Forscher gelungen, nachzuweisen, dass die sogenannte Motor-Area der Hirnrinde, die diesen Namen seit 40 Jahren unangefochten trägt, und für die 1869 Bastian den Namen kinaesthetisch und Hughlings später sensori-motorisch, ohne Anerkennung zu finden, vorgeschlagen hat, diese Bezeichnung zu Unrecht führt. Er hat an einem Fall von Verletzung des praecentralen Gyrus der rechten Seite operiert, und durch exakte Beobachtungen vor und nach der Operation festgestellt, dass dies sogenannte motorische Rindenzentrum sensorisch-motorischen Charakter hat. Während nach der Operation Be-



wegungen, deren Erregungszentren exakt im resezierten Rindenteil festgestellt wurden, wiederkehrten, blieben andere Funktionen, so die Asterognosis, die Möglichkeit, die Form von Gegenständen mit dem Gefühl zu erkennen, noch 19 Monate nach der Operation aus. Die Arbeit enthält noch sehr zahlreiche interessante Ausführungen, von denen ich nur die über die Funktion und Wichtigkeit der grössten, pyramidenf. Netzzellen, die eine Zeit lang als die rein motorischen Organe in der Rinde galten, erwähnen will, ferner die Topognosis und ihre Beziehungen zur Axe des Körpers, die Frage der Hypotonie in paretischen Muskeln. So viel ist sicher, dass ausser dem motorischen, noch andere Zentren in der Rinde vorhanden sind, als: Bewegungssinn, Topognosis, Muskel- und Gelenkssinn, Stereognosis, Schmerzempfindung. **Mosenthal**-Berlin.

10) **Herzog** (Mainz). Zur Behandlung der tabischen Ataxie (Deutsche med. Woch. 1909. Nr. 38. S. 1654).

H. hat bei einem Tabeskranken, der an Insufficienz der Blase litt, eine Faradisation der Blase von der Harnröhre aus vorgenommen und dabei eine auffallende Besserung des Gehvermögens beobachtet. Drei weitere Versuche an gleichartigen Pat. ergaben ähnlich gute Resultate. Verf. glaubt, dass die Faradisation als Reiz von der Peripherie aus auf den intakten sensiblen Bahnen der Blase diese Wirkung habe und fordert zur weiteren Nachprüfung auf. Die Behandlung wurde in der Weise ausgeführt, dass eine Harnröhrenelektrode 1 cm weit in die Urethra eingeführt wurde, während die Plattenelektrode im Lendenteil angelegt wurde. Dann Hindurchfliessenlassen eines eben schmerzhaften faradischen Stromes auf 3 Minuten. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

11) **Bilhaut** (Paris). Le traitement chirurgical des paralysies spasmodiques. Operation de Foerster. (Die chirurgische Behandlung der spastischen Lähmungen nach Foerster.) (Annales de chir. et d'orthop. Bd. 22. Nr. 11. S. 321.)

Der Artikel enthält eine genaue Beschreibung der Foersterschen Operation, die ja bekanntlich in einer Resektion von hinteren sensiblen Rückenmarkswurzeln besteht zwecks Herabsetzung der Reflexerregbarkeit. Etwas Neues bringt B. für den deutschen Leser nicht. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

12) **J. Joseph Nutt** (New-York). Intra-perineural Neurotomy. (Amer. journ. of orth. surg. 1909. Bd. VII. 2.)

N. fasst die heilsame Wirkung der Muskeltenotomien bei zerebraler



Hemiplegie so auf, dass bis zur Wiedervereinigung der Sehnen sich die Nervenbahnen, insbesondere die erkrankten Gehirnrindenzellen ausruhen und heilen könnten. Um diese Wirkung noch zu erhöhen, hat er in zwei Fällen von infantiler zerebraler Kinderlähmung die Scheide des Ischiadicus längs, seine Nervenfasern quer durchschnitten und die Scheide darauf wieder genäht. Der Pes varoequinus wurde sogleich bei der Operation durch einen Gipsverband, später durch einen Apparat korrigiert gehalten.

Nach der Operation soll der vorher im Schulter- und Ellbogengelenk aktiv wenig bewegliche Arm seine normale Kraft und Beweglichkeit wiedererlangt haben. (?) Auch der Geisteszustand habe sich gebessert (!). Dagegen besserten sich Hand und Finger nur wenig. Der Klumpfuss, der rezidivierte, verschwand nach vielem Ueben (!), der Spitzfuss blieb. (Die an den beiden mitgeteilten Fällen erzielten „Erfolge“ fordern gerade nicht zum Nachprüfen auf. Ref.)

Ewald-Hamburg.

13) **Stoffel** (Heidelberg). Ueber Nervenüberpflanzung bei schlaffen Lähmungen. (Münch. med. Woch. 1910. Nr. 5.)

4 Fälle von Plastik des Nerv. axillaris, der unter anderen Nerven infolge Poliomyelitis gelähmt war.

1. peripheres Ende des nerv. axillaris wird in den Ulnaris, der musculocutaneus in den Medianus verpflanzt. Erfolg: geringe Kontraktion des biceps, vorderer Deltoideus gekräftigt.

2. Der intakte halbe Medianus wird abgespalten, durch einen Längsschnitt des nerv. axillaris gezogen und versenkt. Erfolg: nach 4 Monaten Erheben des Arms nach vorn bis zur Horizontalen, nach der Seite bis zu 55°.

3. Versenkung des halben intakten Medianus in den Axillaris. Erfolg: nach 14 Tagen auf Reizung vom Nerven aus deutliche Deltoideuskontraktion, nach 16 Tagen kann Arm fast bis zur Horizontalen gehoben werden, nach 9 Wochen darüber hinaus. Bei einer Nachuntersuchung nach 8 Monaten noch weitere Besserung.

4. Verpflanzung eines allein noch gesunden Teils des nerv. radialis (der das caput longum tricipitis innervierte) in den Axillaris. Erfolg: nach 4 Wochen erste Zuckungen bei galvanischem Strom, 14 Tage später aktive Kontraktion, nach 2 Monaten Abduktion des Arms um 35°, lebhafte Kontraktion des ganzen Deltoideus auf Elektrizität.

Also 3 gute Resultate! Die Axillarisplastik kann neben der Arthrodese im Schultergelenk Gutes leisten. Anatomische Bemerkungen, (werden ausführlicher im 25. Bd. der Z. f. orth. Chir. erscheinen)

legen dar, dass es wichtig ist, die Lage der verschiedenen zu den verschiedenen Muskeln laufenden Nervenfasern im Querschnitt zu erforschen und zu kennen. Ewald-Hamburg.

14) **Krause** (Bonn). Zur Kenntnis der westfälischen Epidemie von akuter Kinderlähmung. (Deutsche med. Woch. 1909. Nr. 42. S. 1822.)

Nach kurzem Rückblick auf die Geschichte der Poliomyelitislehre und die bisher aus Norwegen, Schweden und Nordamerika beschriebenen Epidemien geht Verf. auf die letzthin beobachtete Häufung von Fällen akuter Kinderlähmung im westfälischen Industriebezirk ein. Es sind danach allein im Regierungsbezirk Arnsberg in der Zeit von Juni bis 5. Oktober 09 436 Erkrankungen festgestellt worden, von denen 66 tötlich verliefen. Die Kinder standen im Alter von 4½ Wochen bis 15 Jahre, am häufigsten war das zweite Lebensjahr befallen. Die Erkrankung begann fast immer mit Erscheinungen von Seiten des Magendarmkanals (Durchfälle), Fieber und Schweissausbruch. Danach traten dann die mehr oder weniger ausgedehnten Lähmungen an den Extremitäten, Kopf und Rumpf auf. In letal verlaufenden Fällen wurde meistens Atemlähmung beobachtet. Im Beginn der Lähmung war stets Fieber vorhanden, das Sensorium dagegen frei. Störungen der Sensibilität fanden sich nur in einem Falle. Pathologisch-anatomisch fanden sich ausser einer leichten Leptomeningitis und nur mikroskopisch erkennbaren Veränderungen in Gehirn und Rückenmark eine hochgradige Erkrankung des Darmes (Rötung und Schwellung der Schleimhaut) und mässiger Milztumor. Durch die Art der Verbreitung ist mit Sicherheit festzustellen, dass es sich bei der Kinderlähmung um eine Infektionskrankheit handelt. Als Eintrittspforte kommt nach dem klinischen Bilde und der anatomischen Untersuchung aller Wahrscheinlichkeit nach der Magendarmtraktus in Betracht. Die Art der Uebertragung konnte nicht mit Sicherheit festgestellt werden, möglicherweise hängt das Sterben von Hühnern, das mehrfach vor dem Auftreten der Epidemie beobachtet wurde, mit der Erkrankung der Kinder zusammen. Als Namen schlägt Verf. die Bezeichnung: „akute epidemische Kinderlähmung“ vor statt des bisher gebrauchten Ausdrucks „spinale Kinderlähmung“, da der Sitz der Erkrankung keineswegs nur das Rückenmark zu sein braucht. Verf. hält eine Isolierung des Kranken und eine Desinfektion der Wohnung für geboten. Im ersten Stadium der Magendarmerscheinungen ist eine Desinfektion resp. Ausscheidung der Fäces durch Calomel anzustreben. Im Stadium der Reparation



der Lähmung sind Elektrizität (auch als Bad) sowie Massage und Uebungen zweckmässig. Ist die Lähmung stationär geworden (nach $^1/_4$—$^3/_4$ Jahren), so tritt die orthopädische Behandlung in ihr Recht.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

15) **Peiper** (Greifswald). Das Auftreten der spinalen Kinderlähmung (Heine-Medinsche Krankheit) in Vorpommern (Deutsche med. Woch. 1910 Nr. 9 S. 398.)

Die Zahl der Erkrankten in der Epidemie des vorigen Herbstes belief sich auf 51 und rekrutierte sich zum grössten Teil aus Anklam (20 Erkrankungen) und Umgebung. Die Fälle kamen sehr zerstreut zur Beobachtung, eine Uebertragung war nicht festzustellen. In zwei Fällen wurde ein gleichzeitiges Auftreten von Lähmung bei Hühnern beobachtet. Eine Impfung von Kaninchen und eines Affen verlief ohne Resultat. Der Verlauf der Erkrankung war ein gleicher wie in anderen Gegenden auch, letal endete die Poliomyelitis bei 11,7% der Kinder. Verf. weist darauf hin, dass nicht die Mortalität, sondern die nachbleibenden Ausfallserscheinungen die Kinderlähmung zu einer sehr gefürchteten Erkrankung stempeln. P. möchte für die Poliomyelitis den Namen Heine-Medinsche Krankheit allgemein angewendet wissen.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

16) **Eichelberg** (Göttingen). Ueber spinale Kinderlähmung. (Deutsche med. Woch. 1910. Nr. 3. S. 112.)

E. sah bei 31 Fällen 16 mal Magendarmerscheinungen und 14 mal Erkrankungen der Luftwege als erste Symptome der Poliomyelitis. In Bezug auf das zeitliche Eintreten nach den Ersterscheinungen und die Ausbreitung der Lähmungen wurden die gleichen Beobachtungen gemacht wie anderwärts. Die Schwere der Allgemeinerkrankung und die Ausdehnung der Lähmungen waren keineswegs übereinstimmend. Am häufigsten befallen war das zweite Lebensjahr. Die mikroskopische und bakteriologische Untersuchung der Spinalflüssigkeit fiel negativ aus, auch die intrakranielle Einspritzung des Liquor blieb bei Kaninchen ohne Wirkung. Das Auftreten der Erkrankung war ein durchaus regelloses, in einigen Fällen war eine Uebertragung durch Dritte nachzuweisen. Bei zwei Kindern war anscheinend eine Ansteckung durch Schuhe von Erkrankten erfolgt. Es liess sich nach diesen Fällen eine Inkubationsdauer von 10—11 Tagen berechnen. Verf. glaubt aus der Uebertragung durch Schuhe, sowie aus dem häufigen Befallensein des auf der Erde herumkriechenden zweiten Lebensjahres auf die Möglichkeit einer Uebertragung durch die Erde schliessen zu können.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

17) **P. H. Römer** (Marburg). Weitere Mitteilungen über experimentelle Affenpoliomyelitis. (Münch. med. Woch. 1910. Nr. 5.)

Das einzige in Frage kommende Versuchstier ist der Affe. Die experimentelle Poliomyelitis lässt sich am sichersten durch die kombinierte intrazerebrale und intraperitoneale Injektion einer Emulsion von Teilen des Rückenmarks und Gehirns herbeiführen. Inkubation 6—12 Tage, dann schnelle Lähmung, meist der hinteren Extremitäten, und Ausgang wie beim Menschen: Tod oder partielle Besserung. Die Verbreitung des Virus erfolgt auf dem Lymphwege. Sichtbar konnte das Virus noch nicht gemacht werden. Das Ueberstehen einer Poliomyelitisinfektion scheint Schutz gegen eine neue Infektion zu verleihen. Doch müssen diesbezügliche Untersuchungen fortgesetzt werden.

Ewald-Hamburg.

18) **P. H. Römer u. K. Joseph** (Marburg). Beitrag zur Natur des Virus der epidemischen Kinderlähmung. (Münch. med. Woch. 1910, Nr. 7.)

Affenversuche ergaben, dass das Virus der Poliomyelitis lange Zeit (14 Tage bis 2 Monate) seine volle Virulenz behalten kann, wenn es in 50 %igem oder unverdünntem Glyzerin aufbewahrt wird. Dass es sich um eine Infektion und nicht etwa Intoxikation handelt, beweist der Erfolg einer Weiterimpfung des Gehirns und Rückenmarks des mit dem aufbewahrten Virus behandelten Affen auf einen neuen. Dieser ging wieder prompt unter typischen Lähmungssymptomen zu Grunde.

Die ausserordentliche Glycerinwiderstandsfähigkeit des Poliomyelitisvirus dürfte das experimentelle Arbeiten sehr erleichtern.

Ewald-Hamburg.

19) **Krause** (Bonn) und **Meinicke** (Hagen). Zur Aetiologie der akuten epidemischen Kinderlähmung. (Deutsche med. Woch. 1909. Nr. 42. S. 1825.)

Mikroskopische und Kulturversuche der verschiedensten Organe und Körperflüssigkeiten Erkrankter hatten ein negatives Ergebnis. In einer Reihe von Fällen gelang es, Kaninchen durch subdurale, intravenöse und intraperitoneale Injektion von Gehirn- und Rückenmarksemulsion, Blut oder Urin Poliomyelitiskranker zu infizieren, sodass die Tiere unter Lähmungserscheinungen zu Grunde gingen. Bei anderen Tieren, speziell auch bei Kücken fielen die Versuche negativ aus. Die Möglichkeit der Uebertragung scheint demnach erwiesen, der Erreger ist dagegen noch unbekannt.

Ottendorff-Hamburg-Altona.



20) **Wieland** (Basel). Ueber das physiologische Osteoid bei Föten und Neugeborenen und dessen Bedeutung für die histologische Diagnose der sogenannten angeborenen Rachitis und der Osteochondritis syphilitica. (Deutsche med. Woch. 1909. Nr. 35. S. 1520.)

W. fand das Osteoid, das von anderen Untersuchern im Skelett von Kindern und Erwachsenen als Vorstufe des verkalkten Gewebes nachgewiesen war, in vermehrtem Masse auch bei Neugeborenen resp. Föten und zwar in desto stärkerem Masse, je jünger die Föten waren. Die Breitenausdehnung dieses Gewebes hält sich in ziemlich konstanten Grenzen (3—10m), eine grössere Breitenausdehnung ist nach W's und anderer Forscher Erfahrung als Beweis von vorhandener Rachitis anzusehen, die also nach W's Ansicht ein Unverkalktbleiben des normalen osteoiden Gewebes darstellt. Die auf Grund dieser Voraussetzung an nicht entkalkten Schädeldächern und Rippen von Föten gemachten Untersuchungen ergaben in keinem Fall das Vorhandensein von Rachitis. Verf. sieht darin den Beweis für das Nichtvorhandensein von fötaler Rachitis. Bei hereditär luetischen Früchten fand sich eine Abnahme, sogar ein völliges Fehlen dieses Osteoids. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

21) **Francis Dixon.** The sceleton in achondroplasia. (British med. journ. 11. Sept. 09.)

Zusammenfassende Beschreibung von 5 im Dubliner Museum vorhandenen Skeletten dieser Erkrankung. die nichts Neues bringt. **Mosenthal**-Berlin.

22) **Alexander Earle Horwitz.** Adolescent rachitis. Etiology and pathology. (Americ. journ. of orthop. surg. 1909. Vol. VII. 2.)

Da so viele statische Deformitäten in der Adolescenz entstehen, muss man einen Zusammenhang des Knochenwachstums mit der Genitalsphäre annehmen und auch Störungen in einem System auf Störungen in dem anderen zurückführen, (s. Osteomalacie.) Es ähneln ferner viele Deformitäten in der Adoleszenz denen nach der Rachitis der Kinder, so dass man an rachitisähnliche Prozesse glauben muss.

Krankengeschichten von 13 Fällen, wo im Alter von 13—18 Jahren infolge der (manchmal operativ festgestellten) Knochenweichheit eine Coxa vara, ein genu valgum oder varum, eine Skoliose oder Unterarmverkrümmung zu stande kam. Bei manchen konnte eine früher überstandene Rachitis nachgewiesen werden, bei manchen nicht. In einigen Fällen kam es sogar zur Spontanfraktur.



Die durch keilförmige Osteotomie gewonnenen Präparate zeigten fehlende Corticalis, osteoides Gewebe, weiche Spongiosa, erweiterte Markräume, Fehlen der Proliferationszone.

Stoffwechelversuche ergaben Schwefelretention und starke Calciumausscheidung (um das doppelte und dreifache vermehrt). In einem Fall hat H. die Kastration vorgenommen mit dem Erfolg, dass sich die Mengen der retinierten und ausgeschiedenen Stoffe etwas veränderten, aber ohne allgemeine Besserung.

H. nimmt an, dass in der Pubertätsperiode die innere Sekretion der Testikel (in zwei Fällen unentwickelt!) und Ovarien gestört ist und die normale Knochenbildung hindert. Oefter ist die Knochenweichheit nach einer schweren Krankheit aufgetreten, noch häufiger waren allgemeine Ernährungsstörungen zu beobachten. Neunmal war die Weichheit an einem Knochen lokalisiert.

Ewald-Hamburg.

23) **Johnson.** A case of late rickets (?) in a previously healthy child aged 13 years. (Lancet, 23. Oktbr. 1909.)

Das bis zu 13 Jahren gesunde Kind wohlhabender, auf dem Lande lebender Leute erkrankte mit allmählich zunehmender Verbiegung der Ober- und Unterschenkel, die Verf. nicht mit Sicherheit als Spätrhachitis auffasst. Ätiologisch bringt er die Krankheit in Vergleich mit den Knochen- und Gelenkerkrankungen, die in der Schwangerschaft und Menopause auftreten und macht für ihr Entstehen Veränderungen der innerlichen Sekretion der Geschlechtsdrüsen verantwortlich.

Mosenthal-Berlin.

24) **Tharkild Rovsing** (Kopenhagen). Et Tilfoelde af fri Knogletransplantation tit Erstatning af Overarmens óverste to Trediedele ved Hjoelp af Patientens Fibula. Foredrag heldt medicinsk Selskab den 4. Januar 1910. Hospitalstidende Januar 1910.

Ein Fall von freier Knochentransplantation. Wegen Osteosarcoma im oberen Teil des Humerus wurden $^2/_3$ dieses Knochens entfernt und die Fibula des Patienten als Ersatz verwendet. Das exstirpierte Fibulastück war 3 cm länger als das entfernte Humerusstück, Periost unverletzt, die Muskelinsertionen 1 cm vom Knochen durchgeschnitten. Der untere zugespitzte Teil der Fibula wurde in die Markhöhle des unteren Humerusrests eingetrieben und Capitulum fibulae mit Cavitas glenoidalis in Kontakt gebracht. Die durchgeschnittenen Humerusmuskeln wurden an die Muskelinsertionen der Fibula angenäht. Sutur — reaktionslose Heilung. Zwei Monate später



freie passive Bewegung im Schultergelenk und aktive insoweit, dass der Patient beim Essen den Arm benutzen konnte. Die Entfernung der Fibula hatte keine üble Erfolge für das Gehen.

Panum-Kopenhagen.

25) **Läwen.** Zur Histologie des frei transplantierten, periostgedeckten Knochens beim Menschen. (Arch. f. kl. Chir., Bd. 90, II. H. p. 469.)

Bei einem 8jährigen Knaben wurde wegen Sarkom des Humerus die obere Hälfte desselben reseziert und der Defekt durch Transplantation eines gleichlangen, periostgedeckten Tibiastückes ausgefüllt. Das frei transplantierte Knochenstück heilte ein, nach 78 Tagen musste aber der Arm wegen Recidivs exartikuliert werden. Dadurch bot sich Verf. die Möglichkeit einer genauen histolog. Untersuchung des Präparates. Das Ergebnis dieser interessanten Untersuchung ist folgendes: Die Vaskularisation hatte sich zwar in ganzer Ausdehnung des implantierten Knochenstückes wiederhergestellt, der Knochen ist aber doch in toto abgestorben. In allen Teilen fanden sich Zeichen der Resorption des abgestorbenen Knochens. Die Resorption ging aus von der Oberfläche, von den Havers'schen Kanälen und von den Markräumen. Hand in Hand mit der Resorption ging eine Knochenneubildung an der Oberfläche von dem mittransplantierten Periost, welches überlebte, im Innern von den Haver'schen Kanälen und den Markräumen ausgehend. — Es wurde durch diese Untersuchung somit auch für den Menschen bewiesen, was experimentell an Tieren durch andere Autoren festgestellt worden war, dass der freitransplantierte Knochen nicht lebensfähig bleibt, sondern langsam substituirt wird.

Balsch-Heidelberg.

26) **Mencière** (Reims). L' osteo-synthèse, indications et technique. (Ueber Knochennaht, ihre Indikationen und ihre Technik.) (La méd. des accidents du trav. Bd. 7 Nr. 8 S. 225.)

Der Artikel enthält das Gleiche wie eine in den Annales de chirurg. et d'orthop. erschienene Veröffentlichung (ref. Zentralblatt S. 68).

27) **Tuffier.** La réduction des fractures. (Die Reposition der Frakturen). (La méd. des accidents du trav. Bd. 7 Nr. 8 S. 234.)

Nach der Ansicht T'.s ist die Heilung einer Fraktur mit Verkürzung für den Patienten weniger nachteilig als eine Winkelstellung des Bruches. Eine vollkommene Reposition durch starken Zug in Narkose oder durch dauernden geringeren Zug (spez. in dem Apparat

von Hennequin) hält Verf. für nicht möglich. Man soll sich deshalb damit begnügen, die Bruchenden richtig in die Achse des Gliedes einzustellen, und falls dies nicht in befriedigender Weise möglich ist, operativ eingreifen und die Knochennaht machen. Im besondern gilt dies für Frakturen der Diaphysen.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

28) **Beurmann, Gongevot** et **Vaucher.** Sporotrichose osseuse et ostéo-articulaire. (Die Sporotrichose der Knochen und Gelenke.) (Rev. de chir. 39. Bd. S. 661.)

Das von Beurmann entdeckte Sporotrichum Beurmanni war bisher nur als Erreger von Haut- und Muskelerkrankungen bekannt. Nach allerdings noch recht vereinzelten Veröffentlichungen kann es auch als ätiologisches Moment für Knochen- und Gelenkleiden in Betracht kommen und zwar unter der Form gummöser Periostitiden und chronischer Osteomyelitis speziell an der Tibia. Es ist von Wichtigkeit an diese Möglichkeit zu denken, da operative Eingriffe in solchen Fällen keine Heilung bringen, während eine interne Jodtherapie in kurzer Zeit günstige Erfolge zeitigt. Auch bei Tieren spez. bei Ratten wurde das epidemische Auftreten derartiger Knochen- und Gelenkleiden beobachtet, ebenso wie es auch durch Injektion von Reinkulturen in das Peritoneum bei Ratten, Mäusen und Hunden erzeugt werden konnte. Die Diagnose ist in allen Fällen bakteriologisch oder auch durch spezifische Serumreaktion leicht zu stellen.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

29) **J. Rothschild** (Berlin). Zwei Fälle von Arthritis deformans nach Typhus, ein Beitrag zur Kenntnis der Aetiologie der Arthritis deformans. (Berl. klin. Woch. 1910, Nr. 4.)

1. 36 jährige Patientin, die im 12. Lebensjahr an Typhus erkrankt war, in dessen Anschluss sich eine Hüftgelenksentzündung entwickelte, die eine lange Behandlung nötig machte. Doch war Pat. mit dem 18. Jahre ganz beschwerdefrei und blieb es bis zum 33. Jahre. Dann Bewegungsstörungen, die langsam zunahmen, bis Pat. — obwohl ohne Schmerzen — überhaupt nicht mehr gehen konnte. Abduktion und Streckung in der Hüfte ist hochgradig behindert, bei Bewegungen Krepitation. Röntgenbild ergibt stark abgeschliffenen Kopf, Randwülste, Knochenwucherungen am Hals des Femur.

2. 54 jähriger Mann, mit 22 Jahren Typhus, nach 4 Wochen schwere Coxitis mit starken Schmerzen. Im 23. Jahr jedoch schon Kavallerist, drei Jahre lang, trotz leichter Beschwerden. Auch jetzt



noch leichte Beschwerden, die ihn aber nicht hindern, seinen Schlachterberuf auszuüben. Extension in der Hüfte normal, Flexion bis zum rechten Winkel, Adduktion und Abduktion behindert. Krepitation. Röntgenbild ergibt Abschleifung der oberen Partie, Pilzform des Kopfes, zahlreiche knollige Exkreszenzen; auch am Hals Knochenwucherungen.

R. nennt das Krankheitsbild: monartikuläre Arthritis deformans nach Typhus abdominalis und schliesst für seine Fälle Lues, Tuberkulose, chronischen Gelenkrheumatismus und chronische Osteomyelitis aus.

Durch Massage und Heissluft, später Beseitigung der Flexion und Adduktion mit nachfolgendem Gipsverband für 3 Wochen und anschliessender Übungstherapie wurde in beiden Fällen vorzügliches funktionelles Resultat erreicht. **Ewald**-Hamburg.

30) **Judet** (Paris). La greffe des articulations. (Ueber Gelenktransplantation. (Rev. de chir. XL. Bd. S. 1.)

I. hat an Kaninchen und Hunden Versuche über die Transplantation von Gelenken gemacht. Teils wurden Knorpel-Knochenabschnitte des Kniegelenks auf andere Tiere der gleichen Gattung übertragen, teils auch auf Tiere anderer Art. Ferner wurde bei Kaninchen Knorpel ohne Knochen und Synovia an anderer Stelle an der Stelle einer Knochenresektion eingeheilt, doch wurde der Knorpel resorbiert, und es bildete sich eine knöcherne Ankylose. Die Ueberpflanzung ganzer Kniegelenke, die wegen technischer Schwierigkeiten unter die Haut eines anderen Kaninchens eingeheilt wurden, ergab, dass in einem Gelenk, welches ohne Umhüllung oder mit einer andern Decke (Peritoneum) eingeheilt wurde, der Knorpel zu Grunde geht, und das Gelenk steif wird. Eine Uebertragung der Kniegelenksteile mit der Synovia ergab ein sehr gutes Resultat in Bezug auf Erhaltung des Knorpels und in Rücksicht auf die Beweglichkeit. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

31) **Frangenheim.** Experimentelle und klinische Erfahrungen über die Arthrodese durch Knochenbolzung. (Arch. f. kl. Chir. 90. Bd. II. H. p. 437.)

Verf. veröffentlicht die klin. Erfahrungen, die in der Königsberger chirurg. Klinik mit der von Lexer 1908 auf dem Chirurg. Kongress bekanntgegebenen Methode der Arthrodese durch Knochenbolzung gemacht wurden. Er berichtet über 20 Fälle. Die Bolzung wurde in den meisten Fällen am Fussgelenk vorgenommen, am



Kniegelenk bisher nur 5 mal. Als Bolzungsmaterial wurde meist die Fibula, mit oder ohne Periostbedeckung, vom Patienten selbst genommen, mehrfach wurden auch die Fibula von frisch Amputierten, oder macerierte Knochen verwendet. Von letzteren kam man jedoch später wieder mehr ab. In einem Fall von Kniebolzung schloss sich an die Operation Allgemeininfektion und Exitus an. In den anderen Fällen wurde reaktionslose Heilung und vollkommener Erfolg erzielt. Röntgenologische und histologische Untersuchungen ergaben Resorptionserscheinungen im Bereich des Bolzens, er wird durch andersartigen neugebildeten Knochen ersetzt. Auch Tierexperimente an Hunden ergaben das gleiche Resultat. **Balsch**-Heidelberg.

32) **Charles Mc. Neil.** A study of the tuberculin reaction in skin and eye. A series of 153 cases. (Brit. med. Journ. 6. Nov. 1909.)

Verfasser hat die v. Pirquet'sche Methode etwas modifiziert: er reibt mit der Spitze einer geraden Nadel die Haut wund, bis die rosagefärbte Cutis ohne Blutung freiliegt, appliziert dann die Tuberkulinlösung und reibt sie mit dem Kopf der Nadel ein, diese Methode ergab unter 9 Fällen 7 positive Resultate, im Vergleich zu nur 2 positiven Reaktionen der Originalapplikation des Tuberkulin nach Pirquet bei denselben Fällen. Bei 78 Patienten hat er die Pirquet'sche und Calmette'sche Reaktion gleichzeitig angewendet und fand bei allen nach Pirquet negativen Fällen auch negativen Calmette, während in 10 Fällen Pirquet positiv und Calmette negativ ausfiel. Er preist die Überlegenheit der Pirquet'schen Methode.

Während Calmette auf dem Standpunkt steht, dass die Schwere der Reaktion mit der Anzahl der im Blut anwesenden Antikörper korrespondiert, hat sich gezeigt, dass bei der von Pirquet'schen Probe die Stärke der Reaktion sich umgekehrt zur Schwere der Erkrankung verhält. Am exaktesten war das Eintreten der Pirquet-schen Reaktion bei Knochentuberkel. 5 Fälle alle positiv, von 15 Gelenkfällen 13 positiv, Halsdrüsen 14 +, 3 —, Pleuraergüsse 13 +, 1 — tbk. peritonitis 9 +, 3 —, allgemeine Tbk. 0 +, 4 —.

Mosenthal-Berlin.

33) **F. Heeger** (Oeynhausen). Zur Behandlung der ankylosierenden Gelenkerkrankungen mittels Fibrolysin. (Münch. med. Woch. 1910. Nr. 5.)

10—20 tägliche Injektionen in die Glutaealgegend. Daneben Badekur, Massage, mediko-mechanische Uebungen. Die zahlreich



mitgeteilten Krankengeschichten der „Arthritis chronica, chronischer Gelenkrheumatismus, Arthritis deformans" ergeben, dass die Ankylosierungsprozesse durch Fibrolysin in günstiger Weise mehr oder weniger beeinflusst wurden. Sehr gut wirkte es auf das Allgemeinbefinden und die Herabsetzung der Schmerzen.

Ewald-Hamburg.

34) **Fr. Hayn** (Würzburg). Über Thiosinaminvergiftung. (Münch. med. Woch. 1910, Nr. 7.)

Ein sonst gesunder, kräftiger Mann, der an einer Narbenkontraktur des rechten Handrückens nach Tuberkulosis cutis verrucosa litt, erhielt in 2—3 tägigen Pausen die gewöhnlich gegebene Dosis (0,2) Thiosinamin resp. Fibrolysin. Nach den ersten 4 Injektionen leichte Kopfschmerzen, dann aber Fieber, Schüttelfrost, Kopfschmerz, Durstgefühl, hochgradige Schwäche, Erbrechen, Gewichtsabnahme von 10 Pfd. während 4 Wochen. Nach dem Aussetzen der Kur wieder erholt. Der Vergleich mit anderen Mitteilungen führt zu dem Schluss, dass bei Thiosinamin eine wohlcharakterisierte Idiosynkrasie vorzukommen scheint. Vorsicht bei der Anwendung (namentlich zuerst längere Pausen machen!) ist anzuraten.

Ewald-Hamburg.

35) **Flath.** Eine neue praktische Gipsbindenwickelmaschine. (Deutsche Militärärztl. Zeitschr., 38. Jahrg., 23. H.)

Die Herstellung von Gipsbinden in der Praxis ist mit verschiedenen Schwierigkeiten verbunden: Es ist nicht leicht, den Gips in den Binden gleichmässig zu verteilen, die Anfertigung ist eine zeitraubende; sofern kein eigenes Gipszimmer zur Verfügung steht, wird die Verunreinigung des Anfertigungsraumes durch den Gipsstaub unangenehm empfunden. Diese und noch andere Unannehmlichkeiten werden durch eine neue, vom Operationswärter der chirurgischen Klinik in Giessen Schmidt konstruierte Gipsbindenwickelmaschine vermieden, die bei grosser Leistungsfähigkeit (60—70 Binden durch eine Person in der Stunde herzustellen) ein sauberes, staubfreies Arbeiten ermöglicht. Der Preis beträgt 48 Mk.

Eine anschauliche Abbildung zeigt die einfache Konstruktion der Maschine. Sie wird schliesslich für Heereszwecke warm empfohlen, da die Anwendung der Gipsverbände im modernen Kriege eine sehr ausgedehnte ist und die Maschine leicht auf den Sanitätswagen mitgeführt werden kann. Der Nachteil, fertige Binden mitführen zu müssen, entfällt damit.

Natzler-Heidelberg.



36) **A. H. Freiberg** (Cincinnati). A suggestion for the improvement of plaster of Paris technic. (Americ. journ. of orth. surg. 1909. Bd. VII. 2.)

Um das Herausfallen des Gipspulvers beim Einlegen der Binde in Wasser zu vermeiden, wickelt F. die Binden in Fliesspapier oder eine Papierserviette. Mit diesem Verfahren hat er in einem halben Jahr 30% Gipsbinden gespart. **Ewald**-Hamburg.

37) **Vulpius** (Heidelberg). Ueber den Wert des orthopädischen portativen Apparats. (Deutsche med. Woch. 1909. N. 41. S. 1782.)

Bereits im Bericht über den internationalen medizin. Kongress in Budapest referiert. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

38) **Bramann** (Halle). Die Behandlung des Hydrocephalus durch den Balkenstich. (Deutsche med. Woch. 1909. Nr. 38. S. 1645.)

Da die bisherigen Versuche der Druckentlastung (Lumbal- und Ventrikelpunktion sowie Ventrikeldrainage) ohne Erfolg geblieben sind, so hat B. von einer Trepanationslücke oder von der grossen Fontanelle aus nach Eröffnung der Dura ein Röhrchen an der Falx entlang bis zum Balken vorgeschoben und diesen dann perforiert. Die Lücke wird stumpf etwas erweitert, eine Wiedervereinigung scheint nach Sektionsbefunden nicht einzutreten. Verf. hat die Operation im ganzen 22 mal, darunter 8 mal bei Hydrocephalus gemacht. In den meisten Fällen war eine wesentliche Besserung in Bezug auf das psychische Verhalten und in Bezug auf die Motilität zu verzeichnen. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

39) **Binet** et **Trénel** (Nancy). Considérations sur le tétanos céphalique. (Ueber Kopftetanus.) (Rev. de chir. 40. Bd. S. 427.)

Beschreibung eines Falles von Tetanus der Kopf- und Nackenmuskeln, der dem Bilde nach an ein Caput obstipum erinnert. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

40) **M. Böhm** (Berlin). Ueber die Form der Wirbelsäule. (Berl. klin. Woch. 1910. Nr. 2.)

Ausser Alter, Geschlecht, Rasse und Beruf muss für die Form der Lendenlordose als ursächliches Moment die Differenzierung der Wirbelsäule verantwortlich gemacht werden. Namentlich die Lage und Ausbildung des Promontoriums ist davon abhängig. An Skeletten wird gezeigt, dass der 24. Wirbel sich dem Charakter des I. Kreuzbeinwirbels nähern kann (Ausbildung eines Kreuz-



beinflügels) und dass das Promontorium sich dann über ihm ausbildet. Andererseits kann der 1. Kreuzbeinwirbel (25. Wirbel) den Charakter eines Lendenwirbels annehmen, wobei sich das Promontorium unter ihm ausprägt. Bei einer variierenden numerischen Differenzierung minderen und mittleren Grades findet man ein wenig ausgebildetes oder flaches Promontorium und dementsprechend auch eine Abflachung der Wirbelsäule, einen flachen Rücken. Auf die Verwandtschaft des flachen Rückens mit der Skoliose und ihre gemeinsame Ursache der „numerischen Variation" wird besonders hingewiesen. **Ewald**-Hamburg.

41) **Vas** (Budapest). Zur Frage der lordotischen Albuminurie. (Deutsche med. Woch. 1909. Nr. 34. S. 1472.)

V. untersuchte ein grösseres Material (150 Kinder) in Bezug auf Eiweissausscheidung bei aufrechter Körperhaltung. Es fanden sich 26 Kinder, welche dieses Symptom zeigten. 15 davon hatten eine mehr oder weniger starke lordotische Krümmung der Wirbelsäule, bei den übrigen 11 bestand die Albuminurie ohne Rückgratverbiegung. Ausserdem fanden sich unter den anderen Kindern noch 9 mit Lordose, aber ohne Eiweissausscheidung. V. glaubt deshalb, dass die orthostatische Albuminurie nicht ausschliesslich von einer Lordose der Lendenwirbelsäule abhänge, wie dies von Jehle angegeben wird. Dass es aber solche Fälle gibt, in denen künstliche forcierte Lordose durch Störung der Blutzirkulation in der Niere Eiweissausscheidung hervorrufen kann, hat Verf. selbst feststellen können. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

42) **Buccheri** (Palermo). Ueber die unmittelbaren Erfolge des chirurgischen Eingriffes bei Spina bifida. (Zeitschr. f. orth. Chir. XXIII. Bd. 3—4. H. S. 480.)

Von 26 Fällen wurden 23 operiert mit einer Mortalität von 4. Die Heilung erfolgte im allgemeinen glatt, nur bei den Kindern, bei denen bereits eine Ulceration des Tumors bestand, erfolgte der Schluss der Wunde per secundam. Der Sitz der Geschwulst war vorwiegend lumbosakral, ihre anatomische Form meist die der Myelocystocele. Im allgemeinen genügten bei den gestielten Formen mit kleiner Oeffnung Etagennähte über der Oeffnung, in einigen Fällen musste die Deckung des Defekts durch Muskel-Fascien-Periostlappen herbeigeführt werden. Der erzielte Erfolg war in fast allen Fällen gut, nur in einem Falle mit grösserer Spalte gab es ein Rezidiv der Geschwulst. **Ottendorf**-Hamburg-Altona.



43) **Redard** (Paris). Ueber Wirbelsäulenverletzungen durch Betriebsunfall. (Zeitschr. f. orth. Chir. XXIV. Bd. 1.—2. H. S. 80.)

Enthält das Gleiche wie der Artikel aus „La médecine des accidents du travail“ und aus „Annales de chirurg. et d'orthop.“ Ref. Zentralblatt S. 74.)

44) **A. H. Tubby** (London). Symmetry and Asymmetry; and their effect in lateral Curvature of the spine. (Americ. journ. of orth. surg. 1909. VII. 2.)

Die Körperhälften sind selten gleich; es ist festgestellt worden, dass nur 10% aller Menschen gleich lange Beine haben. Manchmal findet man auch eine „gekreuzte Asymmetrie (z. B. linke Rumpfhälfte grösser als die rechte, dabei linkes Bein kürzer als das rechte). Oft ist die Ursache unbekannt, manchmal kongenital (z. B. Torticollis, Achondroplasia foetalis, congenitale Hemiplegie, Riesenwuchs), manchmal erworben (z. B. nach schlaffer und spastischer Kinderlähmung, bei einseitigem Plattfuss oder genu valgum. Ein Symptom der Asymmetrie des Beins ist manchmal — namentlich bei anämischen Frauen — Lumbago (Schmerzen in einem Ileosakralgelenk, Coxitis- oder Ischiasartige Schmerzen. Die Messung ergibt, ob nur das Bein oder auch die Rumpfhälfte asymmetrisch ist. Im ersten Falle ist nur eine erhöhte Sohle nötig, sonst auch noch ein Kissen für das Tuber ischii, angebracht an den Unterhosen. Bei der „gekreuzten Asymmetrie hat man entweder beides anzuwenden, oder auch nur für symmetrischen Sitz, oder auf der einen Seite für gerades Sitzen auf der anderen für gerades Stehen zu sorgen, je nach der Kompensation der einen Verkürzung durch die andere.

Die gekreuzte Asymmetrie ist in einem Viertel aller Fälle von Asymmetrie zu finden, namentlich bei Juden. Ewald-Hamburg.

45) **Reichel.** Zur Aetiologie der kongenitalen und juvenilen Skoliose. (Diss. München. 1909).

Der Arbeit liegt ein Fall von kongenitaler Skoliose zu Grunde, der in der Lange'schen Universitätspoliklinik beobachtet und untersucht wurde. Das Radiogramm zeigte im Halsabschnitt der Wirbelsäule eine fehlerhafte Verbindung von baulichen Elementen, im Brustteil hochgradige Defekte in der Anlage und Ausbildung einzelner Wirbelteile mit sekundär bedingtem asymmetrischem Rippenwachstum und im Lendenabschnitt schliesslich eine Asymmetrie in der Konfiguration des ersten Lumbalwirbels, die nach R.s Meinung entschieden unter dem Einfluss von statischen und mechanischen Momenten einen deformierenden Einfluss auf die Richtung der Wirbelsäule

22*



ausüben musste. Durch diese im Radiogramm sichtbaren Veränderungen fanden auch die klinischen Erscheinungen, die schwere Skoliose mit gleichzeitig bestehendem Hochstand einer Schulter und Schiefhals, ihre volle Erklärung. **Blencke-Magdeburg.**

46) **Schmidt** (Bonn). Orthopädische Turnkurse an unseren Schulen. (Körper und Geist, 18. Jahrg. Nr. 18.—19.)

Die Schule muss sich den Wirbelsäulenverkrümmungen gegenüber grundsätzlich auf prophylaktische Massnahmen beschränken. Eine orthopäd. Behandlung darf niemals Sache der Schule sein. Eine solche kann vielmehr nur unter ärztlicher Kontrolle in geeigneten orthopäd. Anstalten ausgeführt werden. Die orthopäd. Turnkurse, wie sie heute schon in vielen Städten eingeführt sind, gehen oft weit über die Kompetenz der Schule den Skoliosen und Kyphosen gegenüber hinaus. Die Düsseldorfer Kurse erfahren eine scharfe, aber wohlberechtigte Kritik. Vollständig auszuschliessen von der turnerisch-orthopäd. Behandlung seitens der Schule sind die Skoliosen 2. und 3. Grads, weil deren Entstehung nicht auf Einflüsse des Schullebens zurückzuführen ist und ihre Behandlung eine spezialärztlich-orthopäd. Ausbildung und einen komplizierten orthopäd. Apparat voraussetzt. Die Schule muss sich grundsätzlich darauf beschränken, gegen die leichteren Formen der Wirbelsäuleverkrümmungen (Skoliosen 1. Grads, Rückenschwächlinge, Ermüdungs- und Belastungsdeformitäten) anzukämpfen, bezw. ihre Entstehung und Verschlimmerung in der Schule durch entsprechende vorbeugende Massnahmen nach Möglichkeit zu verhüten. Dieser Zweck lässt sich durch orthopäd. Turnkurse, die unter der Leitung orthopäd. geschulter Lehrer stehen, mit den einfachsten Mitteln am zweckmässigsten erreichen. —

Das ist im grossen und ganzen der Gedankengang der ausserordentlich lehrreichen Ausführungen. Die Bedeutung des Schmidtschen Artikels liegt in der vernünftigen Beschränkung auf das durch die Schule Erreichbare. Möchten alle Fragen der Schülerhygiene mit der gleichen lichtvollen Klarheit und massvollen Bescheidenheit behandelt werden. Dieser Wunsch drängt sich dem Schulhygieniker bei der Lektüre des Schmidtschen Aufsatzes unwillkürlich auf.

Wimmenauer-Mannheim.

47) **Z. B. Adams** (Boston). The treatment of severe scoliosis by plaster jackets with windows and by braces of a similar pattern. (Americ. journ. of orth. surg. 1909. Bd. VII. 2.)

Durch Uebungen allein können schwere Skoliosen nicht ge-



bessert werden, ja manchmal verschlimmern sie sich sogar. Zudem ist die Behandlung monate- bis jahrelang und zwar täglich durchzuführen. — A. wendet daher Gipsverbände an, die in möglichster Korrektion, aber ohne Forzierung angelegt werden, auf die konvexen Stellen einen Druck ausüben, an den konkaven Fenster haben. Mit diesen Gipsverbänden, die A. unter mehrmaligem Wechsel viele Monate lang tragen lässt, will er einer Verschlimmerung vorbeugen, den Rumpf in der bestmöglichen Stellung halten.

Experimente an Hunden zeigen, dass man mit redressierenden Schienen in 6 Wochen Skoliosen hervorbringen kann, die auf keiner Wirbeldeformität beruhen, die aber noch monatelang nach Abnahme des Apparates persistieren, wenn auch nur wenig.

30 Patienten (2—22 Jahre alt), ein Jahr und länger mit Gipsverbänden, später mit Korsetts behandelt, zeigen, was erreicht ist. Doch glaubt A. selbst, dass das Gewonnene nicht bleiben wird, wenn nicht immer Stützapparate getragen werden. Photographien vor und 1 Jahr nach der Behandlung sollen die Erfolge zeigen. (Da aber die ersten in schlaffer, die letzteren in straffer Haltung aufgenommen sind, kann der Leser aus den Bildern keine einwandfreien Folgerungen ziehen. Ref.)

Ewald-Hamburg.

48) **Lilienfeld**-Leipzig. Zwei Fälle von Schulterblatthochstand und Schiefhals bedingt durch hysterische Muskelkontraktur im Kindesalter. (Zeitschr. f. orth. Chir. XXIII. Bd. 3.—4. H. S. 462.)

Sowohl in dem Falle von Schulterblatthochstand wie in dem von Schiefhals, die beide Knaben betrafen, war die Deformität durch hysterische Muskelkontraktur bedingt. Vorsichtige Massage und Redressierung bewirkten völlige Heilung.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

49) **Luft.** Luxatio humeri congenita. (Diss. Giessen 1909.)

Nachdem L. mit kurzen Worten der Fälle, die er in der ihm zugänglichen Litteratur finden konnte, Erwähnung getan, berichtet er im Anschluss hieran über einen Fall von kongenitaler Schultergelenksluxation. Durch die Sektion wurde bestätigt, dass in der Tat eine derartige Luxation vorlag und dass es sich nicht etwa um eine Epiphysenablösung handelte. Als Ergebnis seiner Arbeit stellt L. im Schlusse desselben folgende Sätze auf:

1. Das Zustandekommen einer intrauterinen Schultergelenksluxation ist möglich.

2. Die die Luxation bewirkende Kraft ist weniger in Traumen

als in den Kontraktionen der Uterusmuskulatur, besonders bei Fruchtwassermangel zu suchen.

3. Die zur Entstehung der Luxation notwendige Haltung des Armes wird nur durch seltene Umstände gegeben sein, woraus die abnorme Seltenheit der Schultergelenksluxation resultiert.

Blencke-Magdeburg

50) **Lucas-Championnière** (Paris). Fractures de l' extrémité superieure de l' humérus (Frakturen des oberen Humerusendes). (La méd. des accidents du trav. Bd. VII. Nr. 3 S. 76.)

L.-C. weist darauf hin, dass es nicht so sehr darauf ankomme, eine genaue Restitution der Form als vielmehr eine Wiederherstellung der Funktion zu erzielen. Ausser bei sehr starker Dislokation lässt er bei Brüchen des oberen Humerusendes eine Einkeilung der Fragmente ruhig bestehen, da nach seiner Erfahrung eine Verbesserung der Stellung der Bruchenden doch nie erzielt werde. Die Prognose sei bei der gewöhnlich geübten Ruhigstellung eine sehr schlechte, während die Resultate der von ihm geübten Behandlung mittels Bewegungen und Massage sehr gute seien. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

51) **Franke** (Braunschweig). Ueber Epicondylitis humeri. (Deutsche med. Woch. 1910. Nr. 1. S. 13.)

F. stellt das Symptombild der Epicondylitis humeri auf, bestehend in einer Schmerzhaftigkeit des Epicondylus humeri, meistens des äusseren und am häufigsten auf der rechten Seite. Verf. definiert das Leiden als eine nervös-rheumatische Erkrankung des Epicondylus und der dazu gehörigen Nerven und zwar auf der Basis einer vorhergehenden Influenza. Objektiv ist gelegentlich etwas Schwellung der Haut an der Stelle zu beobachten, im allgemeinen ist aber der Befund negativ. Charakteristisch ist die genaue Lokalisation des Druckschmerzes. Therapeutisch waren völlige Ruhigstellung und Priessnitzsche Umschläge von Vorteil, in einem Falle wurde rasche Heilung durch Abmeisselung des schmerzhaften Epicondylus erzielt.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

52) **Bernhardt** (Berlin). Bemerkungen zu dem Aufsatz F. Frankes „Ueber Epicondylitis humeri". (Deutsche med. Woch. 1910. Nr. 5. S. 221.)

B. weist darauf hin, dass er bereits vor 14 Jahren den von Franke angegebenen Symptomenkomplex beschrieben habe, doch glaube er, dass dieser Affektion eine Zerrungsperiostitis durch die Muskulatur des Condylus lateralis zu Grunde liege.

Ottendorff-Hamburg-Altona.



53) **Momburg** (Berlin). Ueber Periostitis am Epicondylus humeri. (Deutsche med. Woch. 1910. Nr. 6. S. 260.)

Auf Grund von 17 beobachteten Fällen bestätigt M. das von Franke angegebene Vorkommen von isolierter Schmerzhaftigkeit des Epicondylus lateralis. Eine nervös-rheumatische Erkrankung, wie F. das annimmt, glaubt aber M. verneinen zu müssen. Er hält das Leiden für eine Periostitis, hervorgerufen durch ein direktes Trauma oder durch Zug der am Epicondylus ansetzenden Muskeln bei schwerer Abeit. Therapeutisch hat sich auch bei M. die Ruhigstellung des Armes bewährt. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

54) **Franke** (Braunschweig). Ueber Epicondylitis humeri. Erwiderung auf die Bemerkungen M. Bernhardts in Nr. 5. dieser Wochenschrift. (Deutsche med. Woch. 1910 Nr. 9 S. 420.)

F. hält gegenüber Momburg und Bernhardt an seiner Auffassung der Aetiologie dieses Leidens als eines nervös-rheumatischen auf der Basis einer Influenza fest. Speziell gegen die Entstehung durch Ueberanstrengung oder Trauma führt er an, dass das Leiden auch ohne solche ätiologische Momente vorkomme und trotz Fortsetzung der Beschäftigung auch wieder verschwinde. Bei genauer Untersuchung resp. Anamnese liesse sich überall die vorausgegangene Influenza nachweisen. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

55) **Teske** (Plauen). Verband des Radiusbruches in typischer Korrekturstellung mit einer Stärkebinde. (Deutsche med. Woch. 1909. Nr. 41. S. 1793.)

T. rät nach Reposition des typischen Radiusbruches, die Hand in stärkste Volarflexion und Ulnarabduktion zu bringen und zugleich die Finger im Grundgelenk rechtwinklig zu beugen. Die Hand und der Unterarm werden dann vom Mittelgelenk der Finger bis zum Ellenbogengelenk mit einer Mullbinde eingewickelt, und alsdann vom Ellenbogengelenk beginnend auf der Ulnardorsalseite des Unterarms bis zum Köpfchen des Metacarpus II eine Stärkebinde angelegt, welche die Hand möglichst volar und ulnar drängend wieder an der Kleinfingerseite zurückläuft. Durch zirkuläre Einwicklung wird der Zug dieser Binde noch verstärkt. Man geht dann von unterhalb des Proc. styloid. ulnae über die Köpfchen des II.—V. Metacarpus und die gebeugten Fingergrundglieder hinweg wieder über die Ulnarseite zurück zur Mitte des Unterarms. Der Verband kann in seiner Wirkung durch mehrfaches Wiederholen verstärkt werden. Im Gegensatz zu den Schienenverbänden lässt sich der



Verband für jede Körpergrösse verwenden, auch ermöglicht er tägliche Abnahme durch Aufweichen in Wasser und Massage nebst Bewegungen. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

56) **Müller.** Statistischer Beitrag zur Behandlung des typischen Radiusbruches mittelst zirkulären Gipsverbandes. (Diss. Greifswald. 1909.)

M. hat die vom Januar 1906 bis Februar 1909 in der chirurgischen Universitätspoliklinik des Königl. Charitéekrankenhauses nach der Lexerschen Methode behandelten Radiusbrüche zusammengestellt uud kann auf Grund der erzielten Erfolge diese Methode nur aufs angelegentlichste empfehlen, die bekanntlich darin besteht, dass für 8—10 Tage ein zirkulärer Gipsverband angelegt wird, nach dessen Abnahme sofort vorsichtig mit Massage und Gymnastik begonnen wird. Mit Beginn der 3. Woche fangen die Patienten im Durchschnitt an, ihre Hand zu den täglichen Verrichtungen zu gebrauchen, und in der 4. Woche leichte Arbeit aufzunehmen. Die Kompendiosität, die Sicherheit gegen eigenmächtige Aenderungen der Patienten am Verband, die grosse Festigkeit und die Billigkeit sind Vorzüge des Gipsverbandes, die Lexer wieder zu diesem zurückgreifen liessen. **Blencke**-Magdeburg.

57) **Hastings.** A case of fracture of the radius treated by early massage and movement. (Brit. med. journ. 27. Nov. 1909.)

Massage vom 1. Tag der Behandlung nach der Verletzung und aktive Bewegungen machten den Arm am 20. Tag vollkommen gebrauchsfähig. **Mosenthal**-Berlin.

58) **Mailennan** (Glasgow). Madelungs subluxation of the wrist. (Lancet, 11. Sept. 1909.)

M. beschreibt einen Fall von Madelungscher Deformität, deren Aetiologie erst durch das Röntgenbild festgestellt werden konnte, es handelt sich um ein Fehlen der unteren Radius-Metaphyse, durch die eine sekundäre Verbiegung des Radius und die Distorsion des Handgelenks zu Stande kam. **Mosenthal**-Berlin.

59) **Richter** (Mariendorf). Verletzung des Nerv. medianus unter dem unversehrten Ligamentum carpi transversum und Lähmung der Hand durch Fremdkörper. (Deutsche med. Woch. 1909. Nr. 41. S. 1794.)

Bei R.'s Pat. hatte ein Stahlstück, das von der Rückseite der



Hand eingedrungen war, eine Lähmung des Medianus verursacht. Bei der Operation von der Vola aus fand sich der Fremdkörper dem Nerven anliegend unter dem Lig. carpi volare, das ebenso wie das Lig. carpi transversum unversehrt war. Verf. glaubt, dass das Stahlstück an der gespannten Sehne des Flexor pollicis brevis abgeglitten sei und so diesen eigentümlichen Weg genommen habe, und dass auch zugleich durch die straffe Sehne die Gewalt des Stahlstücks gebrochen worden sei, sodass der Nerv nicht durchschnitten, sondern nur durch das Anliegen des Fremdkörpers komprimiert wurde. Die Lähmung war sofort nach Entfernung des störenden Gegenstandes verschwunden.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

60) **Stassen** (Montegnée). Les blessures des doigts et la loi des accidents du travail. (Die Verletzungen der Finger und die Unfallgesetzgebung). (La méd. des accidents du trav. Bd. 7. Nr. 6. S. 161. Nr. 7. S. 200. und Nr. 8. S. 238.)

Verf. spricht zunächst über die erste Behandlung frischer Verletzungen sowohl der Wunden wie der Frakturen und Luxationen. Nach der Reposition der Luxationen und Frakturen soll man zeitig mit der Mobilisierung, Heissluftbädern, Elektrisieren und Massage beginnen. Versteifungen in Streckstellung lassen sich gut durch Einwickeln mit elastischer Binde in Beugehaltung bekämpfen. Als Schluss folgt dann noch eine Erörterung über den Einfluss der verschiedenen Verletzungen auf die Gebrauchsfähigkeit der Hand und eine Aufstellung der Prozentsätze zur Einschätzung der Erwerbsunfähigkeit.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

61) **Bähr** (Hannover). Hand- und Fingergelenk-Mobilisierungsapparat im Heissluftbad. (Deutsche med. Woch. 1909. Nr. 48. S. 2113).

B. beschreibt einen von ihm seit 2 Jahren gebrauchten Mobilisierungsapparat für Finger- und Handgelenk bestehend in einem mit Heissluftvorrichtung versehenen Kasten, in dem sich eine Achse befindet, über welche die Finger gebeugt werden können. Es geschieht dies mit Hülfe eines gepolsterten Riemens, der sich auf die Achse aufrollt und dadurch die zwischen dieser und den Riemen liegenden Finger gewissermassen auf der Achse aufwickelt. Die nötige Drehbewegung wird der Achse erteilt durch ein Schwungrad mit Griff zur Betätigung durch die andere Hand. Zur Bewegung des Handgelenks dient eine andere Achse gleichfalls mit Schwung-

rad, die ohne weiteres in die Lager der ersten Vorrichtung eingelegt werden kann. Die Hand kann auf dieser Achse mittels eines dazu parallel liegenden Polsters durch zwei Flügelschrauben fixiert werden, wobei das Handgelenk je nach der Drehungsrichtung der Achse volar- oder dorsalflektiert wird. Werden statt der Hand die Finger in diesem Apparat fixiert, so kann er zur Streckung der Finger verwandt werden. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

62) **Stieda** (Königsberg). Coxa valga rachitica. (Deutsche med. Woch. 1909. Nr. 30. S. 1301.)

St's. Patient zeigte die bereits von anderer Seite beschriebene Eigentümlichkeit des Ganges, steife Haltung der Hüften und Mitbewegung des Beckens und der Wirbelsäule. Zugleich bestand eine Verlängerung des kranken Beines. Röntgenbild ergab eine typische Coxa valga auch bei Innenrotation. Verf. bespricht unter Einbeziehung der bisher in der Litteratur berichteten Fälle die Differentialdiagnose zwischen angeborener und rachitischer Coxa valga. Wegen früher vorhandener Rachitis und weil die vorhandenen Symptome nicht denen der angeborenen Coxa valga entsprechen, glaubt St. eine rachitische Deformität annehmen zu müssen. Die Entstehung erklärt Verf. sich durch Muskelzug, hält aber auch eine Ausbildung der Coxa valga als Kompensation für eine früher bestehende, jetzt ausgeglichene Varusdeformität der Extremität nicht für ausgeschlossen. Der eigenartige Gang entsteht nach St's. Ansicht dadurch, dass die Angriffspunkte der Glutäalmuskulatur sich ändern und dass auch durch die Verschiebung der Gelenkflächen im Hüftgelenk die Unterstützung des Beckens eine mangelhaftere wird.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

63) **Meyer** (Heidelberg). Zur Mobilisierung ankylosierter Hüftgelenke. (Deutsche med. Woch. 1909. Nr. 44. S. 1931.)

M. berichtet über eine Pat., bei der wegen einer seit 13 Jahren bestehenden koxitischen Versteifung in der Vulpiusschen Klinik eine Resektion des Halses und des grössten Teils des mit dem Becken verwachsenen Kopfes gemacht worden war. Der Schaft des Femur war nach Zwischenlagerung eines Fett-Muskellappens in diese muldenförmig ausgehöhlte Resektionsstelle implantiert worden. Zwei Jahre später war dies neugebildete Hüftgelenk in erfreulicher Weise beweglich geworden. Flexion um 60°, volle Streckung, Ab- und Adduktion sowie Rotation in befriedigender Weise möglich.

Ottendorff-Hamburg-Altona.



64) **Thomschke.** Ein Fall von willkürlicher Luxation in beiden Hüftgelenken. (Deutsche Millitärärzt. Zeitschr. 39. Jahrg. 6. H. S. 225—226.)

Beschreibung eines der seltenen Fälle von willkürlicher Luxation in beiden Hüftgelenken. Ein Musketier erlitt eine einseitige, eingekeilte Schenkelhalsfraktur und konnte ungefähr 6 Wochen später in beiden Hüftgelenken willkürliche Luxationen nach hinten ausführen, ein Kunststück, das er vor dem Unfall angeblich nicht ausführen konnte. Leider fehlt ein Röntgenbild, das über die Pfannenverhältnisse Auskunft geben könnte. Denn aller Wahrscheinlichkeit nach hat die Luxation doch schon vor dem Unfall bestanden. In vielen Fällen wird eine anfänglich nicht nachweisbare Luxation infolge einseitiger Belastung des Beines durch das Körpergewicht hervorgerufen. So wird auch in dem von Th. beschriebenen Falle die Luxation zustande gebracht.

Die Möglichkeit einer willkürlichen Luxation im Hüftgelenk bildet nach Th. übrigens kein Hindernis für volle Militärdienstfähigkeit. **Natzler**-Heidelberg.

65) **Black.** Die blutige und unblutige Behandlung irreponibler traumatischer Hüftluxationen. (Diss. Königsberg. 1909.)

Auf Grund einer Zusammenstellung der Fälle von irreponiblen traumatischen Hüftluxationen aus der ihm zugänglichen Literatur, bei denen eine Resektion bezw. blutige Reposition vorgenommen wurde, ist Bl. zu der Ansicht gekommen, dass die operative Behandlung entschieden eine grosse Gefahr in sich birgt und dass die mit dieser erzielten Erfolge nicht gerade als ermutigende bezeichnet werden müssen. Er bezeichnet deshalb als grossen Fortschritt die in der letzten Zeit von verschiedenen Autoren, so namentlich von Lorenz gemachten Versuche, diesen veralteten Luxationen auf unblutigem Wege beizukommen. Auf des letzteren Methode geht er des Näheren ein und berichtet über fünf bereits in der Literatur veröffentlichte Fälle, die auf diese Weise operiert wurden und denen er noch einen weiteren, selbst beobachteten Fall aus der Königsberger chirurg. Universitätsklinik anreiht. In sämtlichen Fällen waren die Resultate als durchweg sehr gute zu bezeichnen, so dass demnach der unblutigen Behandlungsmethode entschieden der Vorzug eingeräumt werden muss. **Blencke**-Magdeburg.



66) **Ralph Thompson.** The etiology of that form of dislocation of the hipjoint which is generally regarded as congenital. (Lancet, 11. Sept. 09.)

Verfasser kommt auf Grund seiner anatomischen Untersuchungen und chirurgischen Erfahrungen zu dem Schluss, dass die sogenannte kongenitale Hüftgelenksluxation, die in den meisten Fällen erst beobachtet wird, wenn der betreffende Patient in aufrechter Stellung geht, viel häufiger statisch als kongenital ist, was auch eine Erklärung für das viel häufigere Vorkommen beim weiblichen Geschlecht ergeben würde. **Mosenthal**-Berlin.

67) **Gwilym G. Davis** (Philadelphia). A brace for the retention of congenital luxation of the hip after reduction. (Americ. journ. of orth. surg. 1909 Bd. VII. 2.)

In Fällen, wo der Gipsverband wegen Unreinlichkeit nicht angewandt werden kann, hält eine dem Körper und dem abduzierten Oberschenkel angebogene, mit Filz gepolsterte Eisenschiene, die mit Binden angewickelt wird, die Retention aufrecht.

Um die Gipsverbandperiode überhaupt bei der Hüftluxationsbehandlung abzukürzen, lässt D. über einem Modell einen Schienenhülsenapparat für Becken und Oberschenkel machen, der das Bein in der jeweils gewünschten Stellung hält, die Hüftgegend selbst aber zur Reinigung resp. Untersuchung freilässt. **Ewald**-Hamburg.

68) **Peltesohn** (Berlin). Die Lähmungen im Gefolge der unblutigen Einrenkung der angeborenen Hüftgelenksverrenkung. (Zeitschr. f. orth. Chir. XXIII. Bd. 1.—2.H. S. 222.)

Verhältnismässig am häufigsten wird die komplette Ischiadicuslähmung beobachtet, danach kommen die Lähmungen des Peroneus. P. glaubt nach seinen Untersuchungen am anatomischen Präparat, dass es sich bei Einrenkungen über den hinteren Pfannenrand um eine Quetschung des Nerven zwischen Trochanter und Tuber ischi handele, wahrend bei maschineller Traktion eine Zerrungslähmung zu Stande kommen könne. Bei Paralyse des Femoralis kommt wohl mehr eine direkte Schädigung des Muskels (Quadriceps) als die des Nerven in Betracht. Störungen von Blase und Mastdarm sind wohl durch Zerrungen an den Rückenmarkswurzeln durch Vermittlung der Beinnerven bedingt. Da die meisten derartigen Lähmungen bei älteren Kindern beobachtet sind, so rät Verf. die Kinder möglichst in jugendlichem Alter (einseitige bis 10, zweiseitige bis 7 Jahre) zu reponieren. Ist eine Lähmung eingetreten,



so soll der Verband entfernt und eine entsprechende elektrische und Massagebehandlung eingeleitet werden.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

69) **Reiner** (Wien). Die Osteoklase zur Beseitigung der pathologischen Anteversion als Vorakt der Luxationsbehandlung. (Zeitschr. f. orth. Chir. XXIII. Bd. 3.—4. S. 557.)

An Stelle der Nagelung des Trochanters mit nachfolgender Osteotomie des Femur, wie sie Schede zur Korrektur der Anteversion ausgeführt hat, setzt R. die Osteoklase, die er als Voroperation der Einrenkung der Luxation voranschickt. Wenn die Fraktur geheilt ist, so soll die Reposition sich leicht und dauernd bewerkstelligen lassen.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

70) **Chichester** (London). Rupture of both Quadriceps extensor cruris tendons. (Brit. med. Journ. 6. Nov. 1909.)

Pat., der 3—4 Fuss herabsprang und beim Aufspringen auf die Knie sank, hatte sich, wie bei der Operation festgestellt wurde, beide Quadricepssehnen dicht über der Patella abgerissen, starke Seidenligaturen wurden durch das obere Fragment und durch Löcher, die durch die Patella gebohrt wurden, gelegt und durch seitliche Catgutnähte verstärkt. Nach 5 wöchiger Ruhigstellung langsamer Beginn mit passiven und aktiven Bewegungen, funktionell gutes Resultat.

Mosenthal-Berlin.

71) **Folmer Bentzen** (Kopenhagen). Luxatio congenitalis genus hoset Trillingpar. (Hospitalstidende 1909. Nr. 47—48.)

Zwillingspaar mit angeborener Kniegelenkverrenkung. 1. Mädchen einseitige Verrenkung, leichte Reposition — Heilung nach 3/4 Jahr ohne Bandagierung. Keine anderen Deformitäten. 2. Knabe, doppelseitige Verrenkung, schwierige Reposition und Retention. Heilung erst nach halbjähriger Bandagierung. Nebenbei eine doppelseitige Hüftgelenkverrenkung.

Verf. hat noch zwei Fälle von angeborener Kniegelenkverrenkung beobachtet, beide Mädchen, einseitig und spontan geheilt. Fig. und Literatur.

Panum-Kopenhagen.

72) **Joachimsthal**-Berlin. Willkürliche Kniegelenksluxation. (Zeitschr. f. orth. Chir. XXIII. Bd. 3. — 4. H. S. 498.)

Bei J's Patient war nach Kniegelenksentzündung infolge eines Traumas eine Lockerung des Bandapparates eingetreten, die eine aktive oder auch spontan eintretende Subluxation des Unterschenkels



nach vorn ermöglichte. Ebenso war eine Reposition aktiv möglich. Die in der Luxationsstellung auftretenden Beschwerden wurden durch eine Bandage behoben. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

73) **Gangolphe** et **Thévenet** (Paris). Entorse du genou. (Distorsion des Kniegelenks.) (Rev. de chir. 40. Bd. S. 72.)

Den Verf. gelang es, experimentell an Leichen durch Abduktion und Aussenrotation des Unterschenkels gegen den Oberschenkel typische Verletzungen zu erzeugen. Die Veränderungen bestanden in partieller oder totaler Abreissung des Ligamentum laterale internum von seiner oberen Insertion oder in einer Ausreissung von Knochenteilen aus dem Ansatz des Bandes am Condyl. int. femoris. Diese letzte Verletzung war relativ am häufigsten. Die Verf. glauben, dass den meisten Distorsionen des Kniegelenks derartige anatomische Veränderungen zu Grunde liegen. Die Anamnese der Verletzten ergibt fast immer eine dem Experiment analoge Entstehungsweise. Als Symptome kommen vor allem lokale Druckempfindlichkeit und abnorme seitliche Beweglichkeit des Kniegelenks in Betracht, ferner auch die an der betreffenden Stelle auftretende Ecchymose und der Hydarthros resp. Hämarthros des Kniegelenks. Praktisch wichtig ist vor allem im späteren Verlauf die Muskelatrophie und das Chronischwerden des Ergusses. In leichten Fällen tritt volle Heilung ein, in schwereren kann das Gelenk dauernd wacklig bleiben. Therapeutisch empfehlen die Verf. vor allem Immobilisation, in schweren Fällen bis zu einem Monat, eventuell in Verbindung mit der Punktion des Ergusses und Massage speziell gegen die Atrophie der Muskulatur. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

74) **Bordier** (Lyon). La physiothérapie dans le traitement des arthrites chroniques et en particulier de celles du genou. (Die Anwendung der physikalischen Therapie bei chronischen Arthritiden spez. des Kniegelenks.) (La méd. des accidents du trav. 7. Bd. Nr. 9. S. 272.)

Bei chronischem Hydarthros speziell des Kniegelenks wendet Verf. ausser Heissluftbädern für das Gelenk eine energische Massage und vor allem elektrische (faradische und galvanofaradische) Behandlung der Oberschenkelmuskulatur an. Auch die perkutane Einführung von Natrium salicyl. in das Kniegelenk mit Hülfe des galvanischen Stroms hält B. nach seinen Erfahrungen für vorteilhaft. Die Anode wird dabei auf den Oberschenkel aufgesetzt und die mit Natr. salicyl. imbibierte Kathode auf das Kniegelenk appliziert.



Verf. will mit diesem Verfahren auch bei länger bestehendem Leiden (15 Monate) in kurzer Zeit gute Erfolge gehabt haben.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

75) **Lehr** (Stuttgart). Die Resektionsdeformität des Kniegelenks. (Zeitschr. f. orth. Chir. XXIII. Bd. 3.–4. H. S. 529.)

Nach Kniegelenksresektionen im jugendlichen Alter tritt in den allermeisten Fällen sekundär eine sehr charakteristische Deformierung der unteren Extremität ein, indem sich der Unterschenkel gegen den Oberschenkel in Flexion, Adduktion und Innenrotation stellt. Die Beugestellung führt Verf. teils auf Muskelzug, teils auf statische Momente zurück, die Adduktion und Rotation auf das stärkere Wachstum der Fibula, deren Epiphyse durch die Resektion ja gar nicht beeinträchtigt wird. Eine sichere Prophylaxe ist nur dadurch möglich, dass man bei Kindern die Resektion möglichst vermeidet. Die bestehende Deformität lässt sich durch Osteotomien, am besten bogenförmig, beseitigen. Eine langdauernde Nachbehandlung durch Fixation in Gipsverband resp. Apparat ist durchaus notwendig.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

76) **Dupuy de Frenelle.** Fractures des jambes. Appareil pour la réduction. (Ein Apparat zur Behandlung von Unterschenkelfrakturen.) (La méd. des accidents du trav. Bd. 7. Nr. 11. S. 329.)

D. beschreibt einen Apparat, der eine exakte Fixation des gebrochenen Unterschenkels und eine Korrektur der Stellung der Bruchenden gestattet. Das periphere Frakturende steht ausserdem unter der Wirkung elastischen Zuges. Verf. rühmt seinem Apparat nach, dass er eine völlige Korrektur der pathologischen Stellung ermögliche, zugleich aber eine dauernde Beobachtung sowie therapeutische Eingriffe, Elektrisieren, Massage, Wundbehandlung zulasse. Die Versteifung der Gelenke, wie sie durch den Gipsverband herbeigeführt werde, falle dagegen bei diesem Apparat weg.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

77) **Scharff** (Berlin). Ueber kongenitalen Defekt der Fibula (Zeitschr. f. orth. Chir. XXIII. Bd. 3—4. H. S. 391.)

Sechs Fälle von angeborenem Fibuladefekt, bei denen keinmal hereditäre Belastung nachzuweisen war. Auch ein Trauma während des intrauterinen Lebens war nicht festzustellen. Wohl aber waren bei 4 von den Kindern narbenähnliche Einziehungen über dem Scheitel der winklig geknickten Tibia vorhanden. Verf. erklärt sich deshalb die Entstehung dieser Fälle durch Verwachsung der Haut mit dem Amnion und nimmt auch für die anderen beiden Fälle



eine Entstehung durch intrauterinen Druck an. Die Behandlung bestand dem jugendlichen Alter der Patienten entsprechend in einem Ausgleich der bestehenden Verkürzung durch eine Prothese.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

78) **S. Peltesohn** (Berlin). Über Tibia recurvata im Gefolge der Coxitis. (Berl. klin. Woch. 1910, Nr. 4.)

Der jetzt 22 jährige Mann bekam im 12. Lebensjahr eine Coxitis, die $1^1/_2$ Jahr lang mit Extensions- und Gipsverbänden behandelt wurde und mit Ankylose ausheilte. Allmählich bildete sich dann eine eigentümliche Durchbiegung des Kniegelenks heraus. Das Bein steht in der Hüfte in 30° Flexion, 20° Adduktion, Verkürzung 7 cm; starke Abmagerung der Oberschenkelmuskulatur. Der Unterschenkel ist scheinbar gegen den Oberschenkel nach hinten subluxiert. Neben der Überstreckbarkeit des Kniegelenks besteht eine stark ausgesprochene Winkelbildung zwischen Epiphyse und Diaphyse der Tibia (Röntgenbild). Beugung im Kniegelenk vermindert, Rotation vermehrt. Gang mit erhöhtem Stiefel recht gut. Bisher sind nur 10 Fälle von einwandfreier Tibia recurvata beschrieben, 5 Fälle davon nach Coxitis. Entstehung ist aus den abnormen statischen Verhältnissen zu erklären (Ankylose des Hüftgelenks in Beugestellung!) Eine Behandlung erscheint unnötig.

Ewald-Hamburg.

79) **Goldbladt** (Wien). Kasuistisch therapeutische Mitteilungen über intermittierendes Hinken. (Deutsche med. Woch. 1909. Nr. 45. S. 1968.)

G.'s Patienten wiesen neben anderen Erscheinungen alle die Erscheinungen der Arteriosklerose auf, auch war bei allen in der Anamnese langjähriges starkes Zigarettenrauchen zugestanden. Bei 3 von den 4 Erkrankten war die Behandlung von gutem Erfolge begleitet. Die Therapie bestand in Massnahmen zur Erzeugung aktiver Hyperämie (Glühlichtbäder, Bogenlichtbestrahlung, Heissluftdusche und Termophoranwendung), doch warnt Verf. vor allzu intensiver Anwendung von Hitze, da dadurch die kranken Gefässe direkt geschädigt werden können. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

80) **Howard Stevenson.** A case of giant Feet. (Brit. med. Journ. 27. Nov. 1909.)

Ein Kind von 4 Jahren mit partiellem Riesenwuchs, der nach dem Impfen intensiv zunahm. An den Zehen und dem linken Bein waren Knoten vorhanden, die allmählich wuchsen, auch im Abdomen zahlreiche Geschwülste, die Knochen waren nicht befallen.

Mosenthal-Berlin.



81) **Quénu et Küss** (Paris). Étude sur les luxations du métatarse. (Rev. de chir. Bd. 39. S. 1. S. 281. S. 720. S. 1093. und Bd. 40. S. 104.)

Unter Zugrundelegung von 32 teils aus der Literatur gesammelten, teils eigenen Fällen haben die Verf. die Frage der Luxationen im Lisfrancschen Gelenk des genaueren untersucht. Diese Verletzungen, die nicht ganz selten sind und gerade bei jungen kräftigen Leuten vorkommen, entstehen meistens durch Fall auf den vorderen Teil des Fusses. Sehr vielfach tritt eine Trennung zwischen dem ersten und zweiten Metatarsus ein entsprechend der Teilung des Fussgewölbes in einen medialen und lateralen Bogen. Es können die gesammten Metatarsen nach der gleichen Seite luxieren oder auch bei einer Trennung der Mittelfussknochen nach verschiedenen Richtungen. Es kommen dadurch die verschiedensten Arten der Luxation zu Stande. Am häufigsten sind die Luxationen der Metatarsen nach auswärts und oben. Für die sichere Diagnose ist die Röntgenaufnahme nicht zu entbehren. Die Prognose speziell der nicht reponierten Verrenkungen ist quoad functionem eine recht trübe. Die Ursache der Irreponibilität kann auf Einklemmungen von Knochenfragmenten und Weichteilen sowie auf begleitenden Frakturen der Fussknochen beruhen. Bei einer frischen Luxation soll man immer eine Reposition versuchen. Wenn sie unblutig nicht gelingt, so tritt der operative Eingriff in sein Recht, selbst unter Opferung von Knochenteilen des Fusses. Auch veraltete Luxationen können infolge erheblicherer Beschwerden eine Operation indicieren.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

Kongress- und Vereinsberichte.

82) **Martius** (Rostock). Das pathogenetische Vererbungsproblem. (Mediz. Klinik 1910. Nr. 1.)

Wichtig für Orthopäden ist folgendes: es ist ein Unterschied zu machen zwischen „kongenital“ und „hereditär.“. Angeboren ist alles, was das Kind mit auf die Welt bringt, vererbt sind nur solche Eigenschaften, die aus Anlagestücken sich entwickeln, die in den Keimzellen materiell oder virtuell von vornherein gegeben waren. Es muss in jedem Fall untersucht werden, ob der anatomische Defekt intrauterin erworben ist oder aus dem Keimplasma der Eltern stammt.

Ewald-Hamburg.

83) **Kohlmeyer.** Breslauer chir. Gesellschaft 8. XI. 09. (Berlin. klin. Woch. 1909. Nr. 50).

Polydaktylie. Frau mit 6 Fingern und 6 Zehen; ältere Geschwister normal, die jüngere Schwester zeigt gleichen Befund.



Röntgenbild des Fusses zeigt ypsilonartige Verzweigung des Metatarsale V. An der Hand Verdickung des Metacarpale V. Auf Kinder ist die Anomalie nicht vererbt. **Ewald**-Hamburg.

84) **A. Stühmer.** Mediz. Gesellsch. zu Magdeburg. 21. X. 1909. (Münch. med. Woch. 1910. Nr. 7.)

Ueber die ätiologische Bedeutung der Syphilis bei chronischen Gelenkerkrankungen.

Die auffallenden Ergebnisse Heckmanns (New York) (s. Ref. im Zentralbl), dass die Arthritis deformans von der Lues abhängig sei, veranlassten St. zur Nachforschung bei den Arthritisdeformansfällen nach Lues. Die Mehrzahl reagierte nach Wassermann negativ, jedoch einige doch stark positiv und zwar gerade jugendliche Individuen, für deren Gelenkerkrankung sonst keine Ursache bekannt war. Eine gewisse Anzahl von Arthritisdeformansfällen scheint also durch den Nachweis der Lues eine Aufklärung zu finden und wird dann vielleicht einer aussichtsreicheren Therapie zuzuführen sein.

Blencke hält es entschieden für zu weit gegangen, jede deformierende Gelenkentzündung auf Lues zurückführen zu wollen. Als Ursachen kommen viel plausibler Trauma, Ueberlastung u. s. w. inbetracht. Er hat wiederholt Arthritis deformans coxae der anderen Seite bei nicht behandelter Luxation im späteren Alter gefunden, ebenso nach einem schweren Oberschenkelbruch der anderen Seite. **Ewald**-Hamburg.

85) **Willner.** Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien. 11. XI. 1909. (Berlin klin. Woch. 1909 Nr. 51.)

10 jähr. Mädchen mit chronischem fibrösem Gelenkrheumatismus; Ausheilung mit Ankylosenbildung. Warme Bäder und Biersche Stauung riefen heftige Schmerzen hervor. Ein Versuch mit Thiosinamin soll noch gemacht werden. Aetiologie: keine Anhaltspunkte für Gonorrhoe oder Tuberkulose.

Ewald-Hamburg.

86) **Morian.** Aerztl. Verein zu Essen (Ruhr). 2. XI. 09. (Berl. klin. Woch. 1910, Nr. 4.)

Junger Mann mit enormer Exostosenbildung in der Nähe der Epiphysen fast sämtlicher grösserer Skelettknochen. **Ewald**-Hamburg.

87) **Schuster.** Mediz. Gesellsch. zu Chemnitz. 27. X. 09. (Münch. med. Woch. 1910, Nr. 6.)

57 jähr. Mann mit rheumatischen Beschwerden im linken Ober- und rechten Unterschenkel. Diagnose: multiple Exostosen. Die Extremitäten sind im Wachstum zurückgeblieben, Unterarme stark verkrümmt, beide Radiusköpfchen luxiert. Röntgenbilder zeigten an den verschiedensten Knochen pilz-, stachel-, spangenförmige Exostosen, die z. T. zu Schleimbeutelbildung geführt hatten. Aetiologie: Rachitis. **Ewald** - Hamburg.

88) **Morian.** Aerztl. Verein zu Essen (Ruhr). (Berlin. klin. Woch. 1910. Nr. 4.)

Fall von Myositis ossificans, den M. schon vor 11 Jahren vorgestellt hat. Jetzt bedeutende Besserung eingetreten. **Ewald**-Hamburg.



89) **Martius**. Aerztlicher Verein Rostock. 13. Nov. 1909. (Münch. med. Woch. 1910. Nr. 7.)

Ueber spinale Kinderlähmung.

Bericht über den gegenwärtigen Stand unserer Kenntnisse, wie er in einer Beratung des Reichs-Gesundheitsrats (30. X. 09.) in Berlin zutage getreten ist. In der Hauptsache dürfte der Inhalt den Lesern des Zentralblatts bekannt sein.

Die Annahme **Krauses** (Bonn), dass der Magendarmkanal die Eingangspforte des unbekannten Virus sei, wird bestätigt. Mit dem Erbrochenen und mit dem Stuhl der akuten Poliomyelitiker sollte ebenso wie mit den Typhusdejektionen verfahren werden. **Ewald**-Hamburg.

90) **Delbet**. Académie de médecine de Paris II. I. 1910. (Gazette des hôpitaux 1910. Nr. 5).

In einem Fall von Littlescher Krankheit hat D., nachdem die Sehnendurchschneidungen sich als ungenügend erwiesen hatten, auf einer Seite die subtrochantere Femurosteotomie gemacht mit dem Erfolge, dass der Gang sich bedeutend besserte. Er glaubt noch mehr erreichen zu können, wenn er auch die suprakondyläre Osteotomie ausführt.

D. hat dreimal bei Littlekranken die Wassermannsche Reaktion positiv gefunden, weshalb er die Erkrankung auf hereditäre Lues zurückführt. Die häufig beobachtete Frühgeburt steht damit im Einklang. **Ewald**-Hamburg.

91) **Weil**. Breslauer chir. Gesellschaft. 13. XII. 09. (Berl. klin. Woch. 1910. Nr. 3.)

Beziehungen von Wirbelsäulenverletzung, Haematomyelie und Syringomyelie.

1) Patient, der früher einen geraden Rücken gehabt haben soll, bekam nach Fall aus 10 m Höhe eine hochgradige Wirbelverkrümmung (nach Art einer hochgradigen Skoliose) und die klinischen Zeichen der Syringomyelie.

2) Patient zeigt genau dieselben Erscheinungen, hat aber kein Trauma erlitten.

3) Patientin bekam Syringomyelie (oder Haematomyelie?) -Beschwerden nach Fall aus 6 m Höhe. Danach soll sich auch Skoliose herausgebildet haben.

4) Hat nach Röntgenbild sicher Wirbelfraktur im Halsteil und klinisch Blutung im Halsmark, mit den entsprechenden nervösen Störungen.

Ob in den ersten 3 Fällen die Wirbelsäule wirklich verletzt ist, ist fraglich.

Drehmann betont, dass die Angaben bezügl. der Dauer des Bestehens einer Skoliose immer mit Skepsis aufzunehmen sind. Er halte die Syringomyelie für das Primäre in den 3 Fällen; eine so hochgradige Skoliose kann unmöglich in so kurzer Zeit nach Trauma entstehen.

Levy hält für die syringomyelitische Skoliose die reine Verbiegung nach der Seite ohne Kyphose und Torsion für charakteristisch. Er glaubt an eine trophische Veränderung der Knochen, und zwar an eine abnorme Brüchigkeit, die auch nach leichten Traumen schon zur Fraktur führt.

Minkowsky hat bei Syringomyelie stets derartige Skoliosen beobachten können.

Drehmann. Nach einer Wirbelverletzung finden wir später eine Kümmellsche Spondylitis wie bei der tuberkulösen Spondylitis, also nur eine seitliche Knickung der Wirbelsäule, keine wirkliche Skoliose. **Ewald**-Hamburg.



92) **Ottendorff,** Ärztlicher Verein in Altona 23. 2. 1910.

Demonstration von Lichtbildern sämtlicher Skoliosenformen, sowie von Röntgenbildern von Halsrippe, Schulterblatthochstand und Wirbelasymmetrie. Besonders eingehend wird die habituelle Skoliose behandelt und begründeter Zweifel geäussert bezgl. der jetzt fast allgemein angenommenen Zeit des Entstehens (12.—14. Jahr) und der Ursache (Belastung — Schule). Um Klarheit in puncto Skoliose und Schule zu gewinnen, hat O. ca. 2300 Kinder untersucht. Die vorläufige Statistik zeigt kurz folgendes:

	Knaben von 7—8 J.	Knaben von 13—14 J.	Mädchen von 7—8 J.	Mädchen von 13—14 J.
Schiefhaltung	5 %	15 %	4,4 %	24.5 %
fixierte Skoliose	2,44 %	5,87 %	3 %	5,88 %

Bei 114 israelitischen Kindern fanden sich 21 % Verbiegungen in allen Altersklassen, also nicht viel mehr als bei den germanischen.

Man sieht, dass nur die Schiefhaltungen während der Schuljahre beträchtlich zugenommen haben, doch wäre es voreilig, die Schuld an deren Herausbildung der Schule zuzuschreiben. Bezgl. der fixierten Skoliose ist zu sagen, dass ein Zusammenhang mit Rhachitis wahrscheinlich ist, denn O. hat diese hier sehr häufig beobachtet (etwa in der Hälfte aller Fälle). Die Voraussetzung einer abnormen Knochenweichheit als primärer Ursache ist jedenfalls nötig.

Ob aus einer Schiefhaltung eine fixierte Skoliose werden kann, kann nicht sicher beantwortet werden, ist aber unwahrscheinlich. Trotzdem ist natürlich auch bei Schiefhaltungen eine ärztliche Kontrolle zu empfehlen und bei der fixierten Skoliose die ärztliche Behandlung gleich im Beginn zu fordern.

Grüneberg bestätigt die letzte Forderung und weist namentlich auf die erfolgreiche Behandlung der frischen rachitischen Skoliosen mittels Gipsbett hin.

Umber geht näher auf die Skoliosis ischiadica ein, die sofort nach Verschwinden der Ischias (Injektionstherapie) behoben ist. Er macht ferner auf die Verlagerung der Organe und die Schwierigkeit der Untersuchung der Brustorgane aufmerksam.

Pilsky berichtet über einen Fall von Skoliose nach Lungengangrän, die aber bald wieder verschwunden sei.

Ottendorff hält letztere „Schiefhaltung" nicht für eine empyematische Skoliose, sondern eher für eine Entlastungshaltung. Er macht weiter auf die alternierende Skoliose, die bei Ischias beobachtet wird, aufmerksam, hat aber auch in einigen lange bestehenden Fällen von Ischias hartnäckige Skoliosen gesehen.

Ewald-Hamburg.

93) **R. Picqué.** Société de Chir. in Paris 17. XI. 09. (Revue de chir. 1909. Nr. 12.)

Die Operation am Jleosacralgelenk wegen Tuberkulose kann ebenso durchgeführt werden wie an anderen Gelenken. Beschreibung der Methode der Resektion von Sacrum- und Ileumteilen. Die Trennung des Gelenks führt zu keinen Störungen beim Gehen und Stehen. Von 7 operierten Fällen sind zwei geheilt, drei sind auf dem Wege der Heilung, zwei sind gestorben.

Ewald-Hamburg.

94) **Ludloff.** Breslauer chir. Gesellschaft. 13. XII. 09. (Berl. klin. Woch. 1910. Nr. 3.)

Ein Epileptiker litt an einer doppelseitigen habituellen Schulter-



luxation, die täglich mehrere Male eintrat. Durch die Kapselraffung nach Perthes-Werndorff, auf einer Seite mit temporärer Durchtrennung des proc. coracoideus, ist auf beiden Seiten völlige restitutio ad integrum eingetreten.

Ewald - Hamburg.

95) **Toubert.** Société de Chirurgie in Paris. 13. X. 09. (Revue de chir. 1909, Nr. 12.)

Demonstration eines Falles von habitueller Schulterluxation, die er mit vertikaler und horizontaler Kapselraffung zur Heilung brachte.

Ewald - Hamburg.

96) **Jerusalem.** K. K. Gesellschaft der Aerzte zu Wien. 17. XII. 09. (Berliner klin. Woch. 1910. Nr. 3.

Mann mit doppelseitiger habitueller Luxation der Nervi ulnares bei Beugung der Ellenbogengelenke. Hier angeboren, sonst nach Frakturen beobachtet. **Ewald**-Hamburg.

97) **Kohlmeyer.** Breslauer chir. Gesellschaft 8. XI. 09. (Berlin klin. Woch. 1909. Nr. 50.)

6 Fälle von resezierter Handgelenkstuberkulose. Es war immer das rechte Handgelenk befallen. Immer konnte bei der Operation beobachtet werden, dass die Weichteil- und Knochenerkrankung viel weiter ging als nach dem Röntgenbild anzunehmen war. Im Vergleich zu den Resultaten der konservativen Behandlung sind die der radikalen Behandlung sehr gute zu nennen; Mit Ausnahme der 2 erst vor kurzem Operierten sind die Hände wieder fast völlig erwerbsfähig. Weitere Vorteile der Operation sind schnelle Heilung (1—2 Monate), frühzeitige Mobilisation der Finger. Sicherheit des Erfolges, allerdings bei radikalem Vorgehen und Asepsis.

Technik: Langenbeckscher Schnitt an der Radialseite.

Küttner u. Tietze gehen ebenfalls bei der operativen Behandlung der Handgelenktuberkulose radikal vor. **Ewald**-Hamburg.

98) **Berard.** Société de chir. de Lyon (11. XI. 09). (Revue de chir. 1909. Nr. 12.)

1. Fall von isolierter Fraktur des os triquetum mit Schmerzen im Verlauf des nerv. ulnaris.

2. 32 Jahre alte Fraktur des os lunatum, das mit dem Radius knöchern verwachsen ist und zu einer beträchtlichen Handgelenksversteifung geführt hat.

Als Behandlung empfiehlt B. für derartige Fälle Immobilisation, später Massage. **Ewald**-Hamburg.

99) **Royal Whitman.** Chirurgische Gesellschaft in New-York 12. 5. 09. (Revue de chir. 1909. Nr. 12.)

6 Fälle von traumatischer Epiphysenlösung des oberen Femurendes. In den Fällen, wo der Hals vor und oberhalb des Kopffragmentes stand (gewöhnlich in diesen Fällen!), wurde das Hüftgelenk von vorn her geöffnet, die Fragmente wurden angefrischt und einander gegenübergestellt. Bei schon länger bestehender Pseudarthrose wurden die Fragmente nach der Anfrischung vom Trochanter her zusammengenagelt. — In einem Fall von Coxa vara wurde aus dem Trochanter major ein Keil entfernt. Das Resultat war in allen Fällen (12—19 jährige Individuen) ein sehr gutes. **Ewald**-Hamburg.



100) **H. Stausfield Collier.** Medical society of London 8. XI. 09. (Berl. klin. Woch. 1909. Nr. 51.)

In 8 Fällen von angeborener Hüftluxation quetschte C. 14 Tage vor der Reposition den nervus obturatorius innerhalb des Beckens und extendierte dann mit 4 Pfund, um den gelähmten Adduktor zu strecken. Die Reposition soll dann leichter sein und die Erfolge besser als die der ursprünglichen Lorenzschen Methode. **Ewald**-Hamburg.

101) **Joachimsthal** (Berlin). Diagnose und Behandlung der angeborenen Hüftverrenkung im Säuglingsalter. (Berlin. klin. Woch. 09. Nr. 50.)

In der Regel werden angeborene Hüftluxationen erst dann reponiert, wenn der Patient sich an Reinlichkeit gewöhnt hat, d. h. am Ende des zweiten Lebensjahres oder noch ein Jahr später. J. reponiert, sobald die Luxation erkannt ist (Diagnose durch Vergleich der Verlaufsrichtung der Oberschenkel, die in möglichster Abduktion und Flexion gehalten werden, ferner durch das kulissenartige Vorspringen der Adduktoren). Er hat in ca. 2 Dutzend Fällen nie einen Misserfolg gehabt, erreichte auch schon bei 6 Monate alten Kindern durch 4—8 wöchige (!) Fixation Dauerheilungen. (Zirkulärer Gipsverband oder Art Gipsbett mit Oberschenkelschale; immer wird die Analgegend freigelassen.) Auffallend war die manchmal beobachtete monatelang bestehende Rigidität der Weichteile und das dadurch bedingte Verharren in der Abduktion- Flexionsstellung der Hüfte. J. berührt die Frage der Spontanheilung, die er selbst zweimal beobachtet hat. Man darf jedoch darauf nicht rechnen, sondern sollte die harmlose, nur ein paar Wochen dauernde Fixation nach der Reposition schon im Säuglingsalter durchführen. **Ewald**-Hamburg.

102) **Voeckler.** Mediz. Gesellsch. zu Magdeburg 4. XI. 09. (Münch. med. Woch. 1910. Nr. 8.)

Bei einem 11 jährigen Mädchen hatte V. vor ¼ Jahr bei tuberkulöser Karies des Collum femoris den Herd ausgeräumt und mit der Jodoformplombe von Mosetig gefüllt. Primäre Naht und Heilung. Bewegungen im Hüftgelenk völlig frei. Die Vorteile der Plombierung sind die Möglichkeit einer prima intentio; wo diese nicht erreicht werden kann, Bekämpfung foetider Sekretion, Granulationsanregung, Aufenthalt eines antituberkulösen Mittels für längere Zeit in der Wunde. **Ewald**-Hamburg.

103) **Goullioud.** Société de chir. de Lyon 11. XI. 09. (Revue de chir. 1909. Nr. 12.)

2 Fälle von Exarticulation der Hüfte (wegen Sarkom des Oberschenkels). Durch Stehenlassen der oberen Hälfte der Oberschenkelmuskulatur wurde ein leidlicher Stumpf zustande gebracht, der der Prothese guten Halt bot, so dass das funktionelle Resultat ein ausgezeichnetes ist.

Ewald-Hamburg.

104) **Ludloff.** Breslauer chirurgische Gesellschaft, 13. XII. 1909. (Berlin. klin. Wochenschr. 1910, Nr. 3.)

Demonstration eines Modells für das Studium der vertikalen und horizontalen Extensionswirkung auf den Oberschenkel. Das



Modell besteht aus Holzstäben, die miteinander artikulieren. Die Muskeln sind durch unelastische Schnüre angedeutet, die ad maximum gespannt sind, wenn der Oberschenkel im Hüftgelenk, der Unterschenkel im Kniegelenk gestreckt und der Fuss rechtwinklig dorsalflektiert ist. Durch ein Rollensystem kann die künstliche Extremität sowohl horizontal als auch vertikal, während sie im Hüft- und Kniegelenk rechtwinklig gebeugt ist, extendiert werden.

Wird nun am Oberschenkel im unteren Drittel eine Fraktur gesetzt, so gelingt es nicht, durch horizontale Extension die Achsen der beiden Fragmente gleichzustellen, es bleibt immer eine Winkelstellung. Dagegen gelingt dies ohne weiteres bei vertikaler Extension bei rechtwinkliger Beugung des Hüft- und Kniegelenks.

Tietze hat die sich daraus ergebende Extensions-Methode praktisch an einem Oberschenkelbruch angewandt. Die Verkürzung von 5½ ctm. liess sich ohne Schwierigkeit ausgleichen, doch rutschten schliesslich die Extensionsstreifen ab, sodass T. zur Nagelextension überging.

Partsch stimmt Ludloff zu. Er habe Ober- und Unterschenkel in Beugestellung auf eine Gipsschiene gelagert und an dem Oberschenkel den Zug wirken lassen. Die Resultate waren namentlich bezgl. Festigkeit und Beweglichkeit des Kniegelenks erheblich bessere, als bei der horizontalen Extensionsmethode.

Ewald-Hamburg.

105) **Rich. Levy.** Breslauer chir. Gesellschaft. 13. XII. 09. (Berl. klin. Woch. 1910. Nr. 3.)

Eine 16jähr. Patientin zog sich durch Fall eine Absprengung des Condyl. ext. tibiae und einen Abbruch des Condyl. int. zu. Das äussere Fragment hatte jede Berührung mit dem Femurkondylus verloren, so dass man auf eine Luxationsstellung des Unterschenkels infolge Fraktur folgern musste. Da die Fraktur schon 7 Wochen zurücklag und ein operativer Eingriff eventuell zu einem noch schlechteren funktionellen Resultat (Versteifung oder Schlottergelenk) führen konnte, wurde die erst 16jähr. Patientin nur mit Massage, Medikomechanik, entlastendem Apparat behandelt. **Ewald**-Hamburg.



nach Typhus. — 30) **Judet**, Gelenktransplantation. — 31) **Frangenheim**, Arthrodese durch Knochenbolzung. — 32) **Heil**, 153 Fälle von Tuberkulinreaktion auf Haut und Auge. — 33) **Heeger**, Fibrolysin bei ankylosierenden Gelenkerkrankungen. — 34) **Hayn**, Thiosinaminvergiftung. — 35) **Flath**, Gipsbindenwickelmaschine. — 36) **Freiberg**, Technik beim Umlegen von Gipsbinden. — 37) **Vulpius**, Wert des orthopädischen portativen Apparates. — 38) **Bramann**, Balkenstich bei Hydrocephalus. — 39) **Binet** und **Trénel**, Kopftetanus. — 40) **Böhm**, Form der Wirbelsäule. — 41) **Vas**, Lordotische Albuminurie. — 42) **Buccheri**, Chirurgische Eingriffe bei Spina bifida. — 43) **Redard**, Wirbelsäulenverletzungen durch Betriebsunfall. — 44) **Tubby**, Ueber Asymmetrie der beiden Körperhälften. — 45) **Reichel**, Aetiologie der kongenitalen und juvenilen Skoliose. — 46) **Schmidt**, Orthopädische Turnkurse an Schulen. — 47) **Adams**, Gipsverbände bei schweren Skoliosen. — 48) **Lilienfeld**, Schulterblatthochstand und Schiefhals bedingt durch Muskelkontraktur. — 49) **Luft**, Luxatio humeri congenita. — 50) **Lucas-Championnière**, Frakturen des oberen Humerusendes. — 51) **Franke**, Epicondylitis humeri. — 52) **Bernhardt**, Bemerkungen zu F.'s Aufsatz (51). — 53) **Momburg**, Periostitis am Epikondylus humeri. — 54) **Franke**, Epikondylitis humeri. (Bemerkungen zu Bernhardts und Momburgs Aufsatz (52 und 53.) — 55) **Teske**, Verband des Radiusbruches mit Stärkebinde. — 56) **Müller**, Gipsverband bei Radiusbruch. — 57) **Hastings**, Massage bei Radiusfraktur. — 58) **Malleman**, Madelungsche Deformität. — 59) **Richter**, Verletzung des Nerv. medianus und Lähmung der Hand. — 60) **Stassen**, Verletzungen der Finger und die Unfallgesetzgebung. — 61) **Bähr**, Hand- und Fingergelenk-Mobilisierungsapparat. — 62) **Stieda**, Coxa valga rachitica. — 63) **Meyer**, Mobilisierung ankylosierter Hüftgelenke. — 64) **Tomschke**, Willkürliche Luxation in beiden Hüftgelenken. — 65) **Black**, Blutige und unblutige Behandlung irreponibler traumatischer Hüftluxationen. — 66) **Thompson**, Kongenitale Hüftgelenksluxation. — 67) **Davis**, Schienenhülsenapparat bei Hüftluxation. — 68) **Peltesohn**, Lähmungen nach unblutiger Einrenkung der angeborenen Hüftgelenksverrenkung. — 69) **Reiner**, Osteoklase als Vorakt der Luxationsbehandlung. — 70) **Chichester**, Riss beider Quadricepssehnen. — 71) **Bentzen**, Zwillingspaar mit angeborener Kniegelenksverrenkung. — 72) **Joachimsthal**, Willkürliche Kniegelenksluxation. — 73) **Gangolphe** und **Thévenet**, Distorsion des Kniegelenks. — 74) **Bordier**, Physikalische Therapie bei chronischen Arthritiden. — 75) **Lehr**, Resektionsdeformität des Kniegelenks. — 76) **De Frenelle**, Apparat zur Behandlung von Unterschenkelfrakturen. — 77) **Scharff**, Kongenitaler Defekt der Fibula. — 78) **Peltesohn**, Tibia recurvata nach Coxitis. — 79) **Goldbladt**, Intermittierendes Hinken. — 80) **Stevenson**, Partieller Riesenwuchs. — 81) **Quénu** und **Küss**, Metatarsusluxationen.

Aus Kongress- und Vereinsberichten: 82) **Martius**, das pathogenetische Vererbungsproblem. — 83) **Kohlmeyer**, Polydaktylie. — 84) **Stühmer**, Syphilis bei chronischen Gelenkerkrankungen. — 85) **Willner**, Chronischer fibröser Gelenkrheumatismus. — 86) **Morian**, Exostosenbildung. — 87) **Schuster**, Multiple Exostosen. — 88) **Morian**, Myositis ossificans. — 89) **Martius**, Ueber spinale Kinderlähmung. — 90) **Delbet**, Littlesche Krankheit. — 91) **Weil**, Wirbelsäulenverletzung, Haematomyelie und Syringomyelie. — 92) **Ottendorff**, Lichtbilder sämtlicher Skoliosenformen. — 93) **Picqué**, Ileosakralgelenk wegen Tuberkulose. — 94) **Ludloff**, Doppelseitige habituelle Schulterluxation. — 95) **Toubert**, Habituelle Schulterluxation. — 96) **Jerusalem**, Luxation der Nervi ulnares. — 97) **Kohlmeyer**, Handgelenkstuberkulose. — 98) **Berard**, Frakturen des os triquetum und os lunatum. — 99) **Whitman**, 6 Fälle von traumatischer Epiphysenlösung. — 100) **Collier**, Angeborene Hüftluxation. — 101) **Joachimsthal**, Angeborene Hüftverrenkung im Säuglingsalter. — 102) **Voeckler**, Tuberkulöse Karies des Collum femoris. — 103) **Gouilloud**, Exartikulation der Hüfte. — 104) **Ludloff**, Modell für das Studium der Extensionswirkung auf den Oberschenkel. — 105) **Levy**, Luxationsstellung des Unterschenkels.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. Dr. **O. Vulpius** in Heidelberg, Luisenstr. 1—3, oder an die Verlagsbuchhandlung **S. Karger** in Berlin NW 6, Karlstr. 15, einsenden.



Zentralblatt
für
Chirurgische und mechanische Orthopädie
einschliesslich der gesamten Heilgymnastik und Massage.

Redigiert von
Prof. Dr. O. Vulpius
in Heidelberg.

Verlag von
S. Karger in Berlin
NW., Karlstrasse 15.

Monatlich erscheint ein Heft im Umfang von 48 Seiten. Preis des Jahrgangs Mk. 15,—. Zu beziehen durch die Post und durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes.

Bd. IV. **August 1910.** **Heft 8.**

Oskar Vulpius. Die Behandlung der spinalen Kinderlähmung. (Leipzig 1910, Georg Thieme. 276 Seiten mit 243 Abbildungen. Preis 11 Mk.)

Da seit Heine's monographischer Darstellung des Leidens im Jahre 1840 kein grösseres Werk über die spinale Kinderlähmung mehr erschienen ist, für die Therapie sich aber gerade in letzter Zeit neue Bahnen eröffnet haben, so ist mit einer zusammenfassenden Erörterung aller modernen therapeutischen Bestrebungen eine Lücke in der Literatur ausgefüllt. Dass gerade ein Mann, der zu den besten Kennern und erfolgreichsten Arbeitern auf diesem Gebiete zählt, sich entschlossen hat, diese Lücke auszufüllen, ist besonders zu begrüssen. Der Hauptwert ist bei der Darstellung auf die orthopädische Behandlung der Folgezustände der spinalen Kinderlähmung gelegt. Dem Fachgenossen ist im Wesentlichen alles Wissenswerte in klarer und präziser Form geboten. Dass der Verf. vielfach seinen persönlichen Standpunkt hervortreten lässt, wo er in der Lage ist, über eigene, reiche Erfahrungen zu berichten, kann dem Buch nur zum Vorteil gereichen. Der Stoff zerfällt in einen allgemeinen und in einen speziellen Teil. Für den modernen Therapeuten ist besonders von Interesse die Besprechung der Lähmungschirurgie, speziell der Nervenüberpflanzung. Was letztere betrifft, so wird Verf. dem Verdienste Spitzy's gerecht. Ferner schildert er ausführlich die Untersuchungen Stoffel's, in dem Verf. einen vorzüglichen Mitarbeiter auf diesem Gebiete gefunden hat. Die Operationstechnik ist im speziellen Teil nirgends vernachlässigt. Es ist nur für den, der das Buch als Nachschlagebuch und zum Lernen benutzen will,

manchmal nicht leicht möglich, sich über den Gang der blutigen Operationen schnell zu orientieren. Es hätte sich vielleicht empfohlen, die Technik in eigenen Kapiteln oder in Rückblicken, wie dies z. B. für die Schulterarthrodese geschehen ist, mehr hervorzuheben, umsomehr als die orthopädische Literatur noch immer auffallenden Mangel an guten Operationslehren, was blutige Operationen betrifft, aufweist. Hervorzuheben ist noch der Reichtum an guten Abbildungen und die sorgfältige Ausstattung durch den Verlag. **J. Riedinger**-Würzburg.

L. Brehme. Hausgymnastik gegen Haltungsfehler, Rückgratverkrümmungen und andere orthopädische Leiden. (Mit 174 Abbild. Leipzig 1910. Max Hesse. Preis 3 Mk.)

Die neuerdings akut gewordene Frage, ob die Schule Skoliosentherapie treiben soll, wird von den meisten Orthopäden heute verneint. Das vorliegende Buch aber, aus der Feder eines früheren „technischen Assistenten“ an der Schildbach'schen orthopädischen Heilanstalt und an der orthopädischen Universitätspoliklinik in Leipzig stammend, will in die Schule und vor allem in das Haus die Skoliosenbehandlung verlegen.

Die Behauptung, dass alle Verkrümmungen zu Hause behandelt werden können, muss energischen Widerspruch erfahren, wie überhaupt die Tendenz der Broschüre, welche eine Anleitung zur Beurteilung und Behandlung von Verkrümmungen durch Laien geben will.

Es soll indessen nicht bestritten werden, dass die von dem praktisch erfahrenen Verfasser beschriebenen und abgebildeten Übungen im ganzen zweckmässig sind und vor allem den Vorteil haben, mit einfachen Hülfsmitteln ausführbar zu sein. Es muss auffallen, dass der Verfasser, der doch offenbar kein Arzt ist, sich selber als früheren I. Assistenten der Leipziger Universitätspoliklinik bezeichnet, dass er von seinen Verordnungen eines portativen Apparates, eines Lagerungsapparates spricht. Peinlich berührt auch das Reklametitelblatt „Vorher, nachher“. **Vulpius**-Heidelberg.

Lubinus (Kiel). Lehrbuch der Massage. (Mit 69 Abbild. Wiesbaden 1910. J. F. Bergmann. Preis 2.40 Mk.)

Wer in die Lage kommt, Laien in Massage zu unterweisen, hat bisher ein kurzgefasstes Lehrbuch in gemeinverständlicher Darstellung vergebens gesucht. Lubinus, der eine staatlich genehmigte Bildungsanstalt für Heilgymnastinnen in Kiel eingerichtet hat, hilft

diesem Bedürfnis durch das vorliegende kleine Buch ab. Das Vorwort gibt einige historische Daten und präzisiert den bejahenden Standpunkt des Verfassers hinsichtlich der Frage der Laienmassage.

Der erste Hauptabschnitt beschäftigt sich mit dem Bau des menschlichen Körpers und der Funktion seiner Organe. 37 Abbildungen veranschaulichen den an sich schon sehr klaren Text. Nur die Illustration des Nervensystems wirkt wohl mehr verwirrend als verdeutlichend.

Es folgt im zweiten Teil die Technik der Massage und ihr Einfluss auf den menschlichen Körper und zwar zunächst die Beschreibung der Handgriffe im allgemeinen und ihre physiologische Wirkung, dann die Massage der einzelnen Körperteile. Die zahlreichen Originalbilder sind vorzüglich gewählt.

Vielleicht wäre ein Schlusskapitel über Indikationen und Kontraindikationen der Massage doch von Nutzen, obwohl L. mit vollem Recht im Vorwort betont, dass die Diagnose der Krankheit sowie die Bestimmung, wann, wo und wie die Massage gebraucht werden darf, Sache des Arztes ist.

Das willkommene Buch ist bei vorzüglicher Ausstattung äusserst billig, eine rasche Verbreitung ist ihm wohl gesichert.

Vulpius-Heidelberg.

---

1) **Joel E. Goldthwait** (Boston). The relation of posture to human efficiency and the influence of poise upon the support and function of the viscera. (Amer. journ. of orth. surg. 1910. Bd. VII. Nr. 3.)

Zergliederung der aufrechten Stellung des Menschen, namentlich bezügl. des Muskelgleichgewichts und der Zweckmässigkeit des aufrechten Ganges für die Brust- und Bauchorgane. Die Lagebeziehung der inneren Organe zu den Knochen und Muskeln als Halt- und Stützpunkte erscheint dem Verf. wichtig genug, dass er an Gefrierschnitten (Dwight) die wechselnden Verhältnisse in der Höhe der einzelnen Wirbel genau mitteilt. Man erkennt daran, dass die hintere Wand der Bauchhöhle um so stärker wird (durch Vermehrung der Muskel- und Knochenmassen!), je tiefer die Transversalschnitte herabreichen. Daher müssen denn auch die schwereren Organe (Nieren, Leber), zumal sie gleichzeitig in der hinteren Körperhälfte gelegen sind, mehr gestützt werden.



An griechischen und modernen Bildwerken, sowie an normalen Lebenden wird gezeigt, wie die aufrechte Ruhehaltung bei geringster Muskelbeanspruchung die grösste Kraft und Geschicklichkeit in Wirksamkeit treten lassen kann und zugleich keines der inneren Organe in seiner Funktion behindert.

Und doch wird diese gute Haltung, die aus Gründen der Ästhetik sowohl wie des geringsten Kraftverbrauchs zu wünschen ist, heute so selten angetroffen. Ein Teil der vielen inneren Erkrankungen lässt sich durch die unzweckmässige Haltung erklären. So wirkt die Vorbeugehaltung auf die Lungen, Herz und Eingeweide schädigend ein. Jede Stellungsveränderung eines Teils der Wirbelsäule (z. B. runder Rücken), wirkt auf die Spannkraft des ganzen Körpers, der Muskulatur, des Nerven- und Zirkulationssystems.

Der Arzt sollte auf diesen Allgemeinzustand bei der Behandlung von einzelnen Organerkrankungen gang besonders achten: bei Lungentuberkulose z. B. sollte er die schlechte Haltung der Brustwirbelsäule zu beseitigen suchen. Aehnlich ist es mit der Behandlung von Unterleibserkrankungen oder Enteroptose oder Wanderniere: oft wird nur durch Aenderung der Haltung mit oder ohne Lokalbehandlung eine dauernde Heilung zu erreichen sein.

Zur Korrektion der Haltung gehört auch die Sorge für vernünftige Kleidung (Korsettunfug!).

G. verspricht sich viel von der Aufklärung des (kranken) Publikums. Es sollte lernen, dass die aufrechte Haltung mit »Schultern zurück« die leichteste, am wenigsten ermüdende Stellung ist. Ja, die Fürsorge des Arztes soll sich sogar auf die Nachtruhe der Kranken und Gesunden erstrecken: während des Liegens soll die physiologische Lendenlordose durch ein Kissen, noch besser durch eine nachgiebige Matratze gewahrt bleiben.

Ewald-Hamburg.

2) **Augustus Thorndike** (Boston). Some notes on malformations. (Amer. journ. of orth. surg. 1910. Bd. VII. Nr. 3.)

Von den 3 heute gültigen Theorien (Heredität, mechanische Einflüsse, Entwicklungshemmung) passt keine auf alle Entstehungen der Missbildungen. Die Theorie der Entwicklungshemmung ist neuerdings durch biologische Versuche gestützt worden. An Seeigel-, Fisch- und Froschembryonen konnten durch Wechsel der Temperatur oder des Salzgehalts der umgebenden Flüssigkeit immer dieselben Deformitäten (z. B. Anencephalus, Spina bifida, Defekte im Zentralnervensystem) dargestellt werden. So könnte man sich auch



denken, dass bei den Säugetieren Drogen oder Salzlösungen durch die Plazenta in die Amnionhöhle gelangen und so zu Missbildungen Anlass geben, wie ja diese auch durch mangelhafte Ernährung (häufig bei Tubargravidität beobachtet!) vorkommen können.

Mall fand in der John Hopkins-Universität unter 464 Embryonen 163 abnorme, davon 48 mit einfachen oder multiplen Deformitäten behaftet, die auch beim lebenden Neugeborenen bekannt sind (Stümpfe der Extremitäten, Beinverkürzung, Klumpfuss, Spina bifida). — Bei den Klumpfüssen (6—8 Wochen alte Embryonen!) wurde mikroskopisch eine Art Entzündung, Zellinfiltration um die Knorpel und an den Sehnen bemerkt.

Ewald - Hamburg.

3) **Fr. Grahl.** Multiple amniogene Missbildungen mit eigentümlicher Geschwürsbildung. (Bruns Beitr. z. kl. Chir. 66 Bd. 1. Hft. p. 24.

Ein Fall von Syndactylie, Klumpfussbildung und Aplasie des anderen Fusses durch amniotische Abschnürung. Durch die Schnürfurche an dem einen Unterschenkel war es zu einer Erkrankung sämtlicher Arterien (Muscularishypertrophie) unterhalb davon gekommen und dadurch zu weitgehenden regressiven Veränderungen in der Muskulatur und zu Neigung zu Geschwürsbildung. Das schon Jahrzehnte bestehende Geschwür ist daher als lokale Gangrän, nicht als trophoneurotische Störung anzusehen. **Balsch**-Heidelberg.

4) **E. Bode** und **E. Fabian.** Ueber die Transplantation freier und konservierter Gefässe. (Bruns Beitr. z. kl. Chir. 66. Bd. 1. H. p. 67.)

Die Verfasser kommen bei ihren interessanten Versuchen zu folgenden Resultaten: Frei transplantierte Gefässe bleiben Monate lang in ihrer Struktur erhalten. Ebenso lassen sich im Eisschrank bei 0° bis + 1° aseptisch konservierte Gefässstücke erfolgreich transplantieren. Die Aufbewahrung darf jedoch nicht über 35—50 Tage dauern.

Es muss besonders betont werden, dass es bei den konservierten Gefässen nur in einer kleinen Anzahl gelungen ist, sie für den Blutstrom durchgängig zu halten, meist trat Thrombose ein, die praktisch chirurgische Verwertbarkeit konservierter Gefässe ist daher wohl sicher sehr beschränkt. **Balsch**-Heidelberg.



5) **Läwen.** Zur Kenntnis der Wachstumstörungen am Kretinenskelett. (D. Z. f. Chir. 101. Bd. 5.—6. H. p. 454.)

Dass bei Kretinen am Sklett Wachstumstörungen und Verzögerungen der Ossifikation an den Epiphysenfugen vorkommen, ist durch frühere Arbeiten (bes. Bircher und v. Wyss) erwiesen worden. Auch Verf. konnte bei seinen 2 untersuchten Fällen Verzögerung der Ossifikation an den Epiphysenfugen und verspätetes Auftreten von Knochenkernen in verschiedenem Grade, zum Teil bis zu 5 Jahren feststellen. Besonders auffallend war der Befund an den Hüftgelenken der einen Patientin, hier handelt es sich um eine ganz unregelmässige Ossifikation der Femurkopfepiphysen. Andere Ursachen für die Entstehung der unregelmässigen Ossifikation als der Kretinismus waren auszuschliessen. **Baisch**-Heidelberg.

6) **N. Petsalis** (Athen). Einiges über die Zwerge. (Ιατρικὸ Μηνύτωρ 1909 ãed. 5—6.)

P. unterscheidet mit Hergott die physiologischen Zwerge, von denen schon Herodot am Nil, und Schweinfurth im Haut-Congo berichten, und die pathologischen. Letztere teilt er, in aetiologischer Hinsicht, in die von Myxoedem, von Achondroplasie und Rachitis befallenen. Er beschuldigt für alle diese Arten toxisch-miasmatische Ursachen, die die angeborenen Skelettdeformitäten bei ihnen hervorrufen. P. beschreibt einen 51jährigen, 90 cm grossen und 20 Kilo schweren Zwerg, dessen untere Extremitäten 40 cm und die oberen 38½ cm lang waren und an dem der Isthmus der Thyreoidea zu fühlen war.

Er reiht diesen Fall dem Myxoedem ein, jedoch in Verbindung mit dem kindlichen Typus des Zwergtums, infolge der grossen Kleinheit der Genitalorgane (erigierter Penis 2 cm lang) und das Fehlen jeder Behaarung am Rumpf. **Chrysospathes**-Athen.

7) **P. W. Nathan** (New-York). The nature, diagnosis and treatment of metabolic osteo-arthritis. (Amer. journ. of the medic. sciences 1909, Juni.)

N. teilt die Gelenkerkrankungen ein in infektiöse und degenerative, und zwar in primär synoviale und primär ossäre Formen (Arthritis und Osteoarthritis).

Er beschreibt ausführlich das Krankheitsbild und die Pathologie der Stoffwechselosteoarthritis. — Schon in sehr frühen Stadien tritt die Muskelatrophie in Erscheinung, und zwar so hochgradig und schnell, dass man an eine Lähmung denken könnte. Sehr bald



auch Gelenksteifigkeit, zuerst nur am Morgen, später dauernd, ferner Schmerzen, aber nicht immer und nicht konstant. Sehr charakteristisch ist die knotenförmige, manchmal auch spindelförmige Gelenkschwellung (Verdickung der Kapsel resp. Erguss, der bei der Immobilisierung meist schwindet.) Durch Muskelkontraktion und Knochendestruktion kommt es zur Deformität (z. B. Fingerkontraktur in Beugestellung der Mittel- und Hyperextension der Endgelenke, auch zu seitlichen Deviationen u. s. w.).

Die Diagnose ist aus der Deformität der Finger, vorausgesetzt, dass diese befallen sind, ferner aus dem Verlauf der Erkrankung und aus den Röntgenbildern leicht zu stellen.

Die Krankheit ist polyartikulär und symmetrisch, beginnt zuerst in den peripheren Gelenken und zwar ganz allmählich, verhält sich progressiv. Zu Anfang tritt die knotenförmige Schwellung bei nicht nennenswert beschränkter Beweglichkeit auf (bei Kindern immer). Das Röntgenbild zeigt schon früh Rarefikation gerade unterhalb des Gelenkknorpels. Diese Rarefikationen werden später stärker, so dass es zu vollständigen Destruktionen kommt und u. A. die ganze Epiphyse verschwinden kann. Nie kommt es jedoch zu Proliferationen (wie bei der senilen oder neurotischen Osteoarthritis), nie zu Ankylosen (wie nach der Polyarthritis infectiosa). Allerdings können die erweichten Gelenkenden infolge Belastung breitgedrückt werden, man darf diese Verbreiterungen aber nicht für Excrescenzen halten. 40 Gelenke von 6 Verstorbenen konnte N. pathologisch-anatomisch untersuchen. Er glaubt, dass primär weder Knorpel noch Synovialis ergriffen sind, sondern der subchondrale Knochen der Epiphyse (Erweichung, rotes Mark, Atrophie, Cysten- und Bindegewebsbildung im Mark).

Bei eingetretener Versteifung der Gelenke kann der Knorpel, ohne sich zu verändern, mit Bindegewebe von der Kapsel her überzogen werden, und es kann so zu einer fibrösen Ankylose kommen. Diese ist aber nur durch die Immobilisation des Gelenks bedingt. Erst sekundär tritt Auffaserung, Ulzerierung, ja völliger Schwund des Knorpels wegen der schlechten Ernährung von der Epiphyse her ein. Die Risse und Löcher im Knorpel werden mit dem Bindegewebe der degenerierenden Spongiosa ausgefüllt. In den Endstadien ist der Knorpel fast völlig durch schlaffes Bindegewebe ersetzt. Dieses zeigt keine grosse Neigung, das Gelenk zu versteifen; die Bewegungsbeschränkung rührt nur von der Muskelkontraktion her und verschwindet nach der Tenotomie. — Die Kapselveränderungen sind sehr gering.



Mikroskopisch handelt es sich um osteomalacische und osteoperiostitische Prozesse. Durch Resorption der Grundsubstanz und Vergrösserung der Knochenzellenhöhlen entstehen die Cysten. Das Knochenmark degeneriert und wird zum grössten Teil durch Bindegewebe ersetzt. Der Knorpel zeigt alle Merkmale der Degeneration.

Handelt es sich nun um eine lokale oder eine Konstitutionskrankheit? Oft ist nichts weiter als eine leichte Anaemie zu bemerken, manchmal tritt die Gelenkaffektion schnell und unter Kachexie auf; manchmal gehen Tachykardie und nervöse Symptome nebenher. Bei Kindern wird eine fast alle Gelenke ergreifende, mit Fieber, Drüsen- und Milzschwellung einhergehende Gelenkaffektion als Stillsche Krankheit beschrieben.

Bei Erwachsenen entsteht sie allmählich, ergreift zuerst die peripheren Gelenke, dann die anderen der Extremitäten und des Rumpfes. Alle diese Momente sprechen für eine Stoffwechsel-Erkrankung. Schuld scheinen alle Erkrankungen und Zustände sein zu können, die den Körper kachektisch machen; also schon eine verkehrte Ernährung, häufiger aber ernstere Erkrankungen (z. B. Tuberkulose).

Die Prognose ist quoad sanationem completam schlecht.

Bzgl. der Behandlung hat N. gutes von dem Thymusextrakt (in Tabletten, monatelang) gesehen. Dadurch hob sich der Allgemeinzustand und die Gelenkerkrankung kam zum Stehen.

Nachher passive Bewegungen (keine Massage), Tenotomie der Beuger. Sehr wichtig ist es, den Patienten überhaupt auf die Beine zu bringen. Die Behandlung ist mühevoll und erfordert Geduld. Besserungen sind aber immer zu verzeichnen. **Ewald-Hamburg.**

8) **Tsunoda.** Experimentelle Studien zur Frage der Knochenbildung aus verlagerten Periostosteoblasten. (Virchows Archiv, Bd. 200, H. 1, S. 93—100. 1910.)

Angeregt durch eine Arbeit Takatas, der unter Ribbert, welcher bis vor kurzem parostale Knochenbildung durch Metaplasie leugnete, die Bildung von Knochen ohne Zusammenhang mit Periost durch auswandernde Periostosteoblasten zu begründen suchte, stellte unter Orth Tsunoda zwei Versuchsreihen mit je 40 Einzelversuchen bei möglichst jungen und kräftigen Kaninchen an: In die Muskulatur des proximalen Teils der vorderen oder hinteren Extremität wurden vom Periost der Tibia oder des Radius implantiert: das eine Mal fein zerzupfte Fetzen, das andere Mal Schabsel der inneren Fläche, die, wie mikroskopisch kontrolliert wurde, nur aus isolierten Osteo-



blasten bestanden. In der ersten Reihe entwickelten sich in 6 von 40 Fällen — also in nur 15 % — innerhalb 2 Wochen Knorpel- und Knochenherdchen von der Grösse eines Nierenglomerulus bis zu einem Hirsekorn.

In der zweiten Reihe ergab die Nachschau nach 1, 2, 3, 4, 5, 6 Wochen stets ein negatives Resultat.

„Während also die erste Versuchsreihe für die Möglichkeit sprach, dass auch kleinste, traumatisch abgesprengte und verlagerte Periostfetzchen noch imstande sind, selbständig Knochen und Knorpel zu bilden, hat die zweite Reihe gar keinen Anhaltspunkt dafür gegeben, dass auch ganz isolierte Osteoblasten noch zu solcher Leistung befähigt wären. Selbstverständlich kann damit die Möglichkeit, dass innerhalb des menschlichen Körpers aus weiter gewanderten Osteoblasten Knochen entstehen könnte, nicht als widerlegt gelten."

Pol-Heidelberg.

9) **W. Bittner** (Brünn). Ueber Knochenplastik nach Resektionen an langen Röhrenknochen. (Zentralblatt für Chir. 1910. Nr. 16.)

Bei einem 13jähr. Mädchen wurde wegen Sarkom das untere Drittel der Tibiadiaphyse (ohne Epiphyse) entfernt und durch die Hälfte des oberen Diaphysenteils der Tibia ersetzt. Das Periost wurde sorgfältig geschont, das obere breitere Ende des Knochens kam in die Malleolargegend zu liegen. Ausfüllen der Wundhöhle mit Mosetig's Jodoformplombe. Gipsverband. Nach 6 Wochen Gehen im Gipsverband. Später wurden die Plombe und einige Sequester ausgestossen, der implantierte Knochen heilte aber im Ganzen ein, die untere stehengebliebene Tibiaepiphyse beteiligt sich am Knochenwachstum, nachdem sie sich erholt hat. Das Kind kann gut laufen und ist rezidivfrei. Ewald-Hamburg.

10) **Froelich** (Nancy). Traitement des pseudarthroses congénitales. (Rev. d'orthop. 1910. 1.)

Neun Krankengeschichten. In 5 Fällen war die Tibia nur inkurviert und man sah dreimal auf Röntgenbildern deutlich an der Stelle des Krümmungsscheitels eine helle, wenig verkalkte Knochenzone, die demnach einer Gewalt weniger Widerstand entgegensetzen kann, so dass es u. U. auch nach der Geburt noch zu der Pseudarthrose kommt. Viermal versuchte F. die Pseudarthrose zur Konsolidation zu bringen und zwar einmal, nachdem Immobilisation, Anfrischung, Naht und Bluteinspritzung ohne Erfolg ge-



blieben war, durch Überpflanzung eines Periostknochenstückes aus der gesunden Tibia und durch Aushöhlung der Knochenmarkshöhle der Tibiafragmente. Hier war in 4 Monaten völlige Heilung eingetreten. In den anderen Fällen ist die Operation misslungen, oder die Fälle sind noch zu frisch, um Sicheres sagen zu können.

Ewald-Hamburg.

11) **E. Graser** (Erlangen). Die Kalkaneuszange nach von Heineke, ein Vorläufer der Nagelextension zur Behandlung von Knochenbrüchen. (Münchener med. Woch. 1910. 13.)

Um während der Anlegung des Gipverbands am frakturierten Unterschenkel einen permanten kräftigen Zug ausüben zu können, bediente sich Heinecke eines Instrumentes, das völlig der Geburtszange gleicht, nur an den Fassbranchen zwei kräftige lange Haken trägt, die durch die desinfizierte Haut in das Tuber calanei eingesetzt werden. Graser hat diese Extension mit der Kalkaneuszange in vielen Fällen mit gutem Erfolge angewandt.

Ewald-Hamburg.

12) **Charles Ogilvy** (New-York). The early diagnosis of tubercular joint disease. (The postgraduate 1910. 1.)

An der Hand von 3 Krankengeschichten wird die Differentialdiagnose zwischen tuberkulöser Entzündung und traumatischer, rheumatischer Gelenkaffektion besprochen, sowie die Anomalien bei Rachitis, Kinderlähmung, Skorbut, Osteomyelitis gekennzeichnet.

Ewald-Hamburg.

13) **Iselin** (Basel). Von der Behandlung der Knochen- und Gelenkstuberkulose mit Röntgenlicht. (D. Z. f. Chir. 103. Bd. 3—6. H. p. 483.)

Verf. veröffentlicht seine interessanten Versuche, die er seit 2 Jahren an der Baseler chirurg. Klinik mit der Röntgen-Behandlung der Knochen- und Gelenkstuberkulose angestellt hat. Um eine Tiefenwirkung zu erzielen, wurden möglichst harte Röhren verwendet und die Strahlen noch durch ein aufgelegtes 1 mm dickes Aluminiumblech filtriert, d. h. es wurden dadurch die weichen hautschädigenden Strahlen aufgehalten. Es wurde zu Beginn der Behandlung mit kurzen Pausen 3—4 mal, jeweils von einer anderen Stelle aus belichtet und zwar immer mit einer vollen Dosis, die nach dem Jabourandschen Verfahren bestimmt wurde. Solche Sitzungsreihen wurden frühestens nach 3—4 Wochen wiederholt.



— Durch die Bestrahlungen traten narbige Schrumpfungen in den Gelenken auf, kalte Abszesse sind wiederholt verschwunden. Besonders geeignet erschienen die fungösen geschlossenen Gelenkstuberkulosen. Ueber die patholog. anatomischen Veränderungen fehlen noch jegliche mikroskop. Untersuchungen. — Die Erfolge, die Verf. erzielen konnte, waren folgende: Bestrahlt wurden 41 Fälle davon sind geheilt 24, gebessert 6, ungebessert 1, noch in Behandlung 10. In 4 Fällen trat Recidiv auf. Einzelheiten der genau beschriebenen Technik sind im Original nachzulesen.

Balsch-Heidelberg.

14) **Grunspan** u. **Faroy** (Paris). Traitement des complications articulaires de la blénorrhagie par l'air chaud. (Gaz. des hôp. 1910. Nr. 26.)

Unter Anführung von 9 Krankengeschichten berichten die Verf. über ihre ausgezeichneten Erfolge, die sie bei gonorrhoischen Gelenkentzündungen mit der Heissluftttherapie erzielt haben. In kurzer Zeit (2—3 Tagen) waren die akuten Gelenkschwellungen mit den enormen Schmerzen verschwunden und eine Ankylose trat nicht auf. Kamen die Patienten erst später — d. h. schon mit Versteifungen — in Behandlung, so konnte gleichfalls, allerdings erst in einem längeren Zeitraum, die Funktion erheblich gebessert, wenn nicht wiederhergestellt werden.

Ewald-Hamburg.

15) **E. E. Goldmann** (Freiburg i. B.). Zur Exzision von freien Gelenkkörpern. (Zentralbl. f. Chir. 1910. Nr. 12.)

Um zu verhindern, dass eine einmal gefundene und fixierte Gelenkmaus bei der Desinfektion wieder entschlüpft und man später vergeblich danach sucht, spiesst G. den Körper mit einer ausgeglühten Nadel perkutan an und exzidiert ihn dann. Auch vor dem Röntgenschirm kann man zweckmässig die Anspiessung vornehmen.

Ewald-Hamburg.

16) **Lexer** und **Baus** (Königsberg). Ueber Muskelhernien. (Münch. med. Woch. 1910. 10.)

Man hat zu unterscheiden zwischen Hernien des unverletzten Muskels und des teilweise zerrissenen. Wie Tierversuche und Versuche bei Operationen am Menschen ergaben, kann ein Muskelbruch des unverletzten Muskels nur vorliegen, wenn aus einem fühlbaren Fascienspalt im Ruhezustand eine Muskelwulst hervortritt, welcher bei der Kontraktion verschwindet. Vermehrt sich jedoch der Muskelwulst bei der Kontraktion, so liegt entweder eine reine Muskel-



zerreissung vor oder dazu ausserdem eine Fascienverletzung (Bruchpfortenwand ist zu fühlen). Therapeutisch sind diese Tatsachen von Wichtigkeit: muss man wegen einer Funktionsstörung infolge Muskelriss oder -hernie operieren, so darf man sich nicht mit der Fasciennaht begnügen, sondern muss auch die Muskelstümpfe durch Naht oder Transplantation (ev. freie Sehnentransplantation) vereinigen. Ewald-Hamburg.

17) **R. W. Lovett** (Boston). The occurrence of infantile paralysis in Massachusetts in 1908. (Boston, Med. and surg. journ. 1909. Juli.)

Auf eine Rundfrage an sämtliche Aerzte wurde über 136 Fälle (1907 234) berichtet. Die Zahlen der Cerebrospinalmeningitis waren für 1908 183, für 1907 444 Fälle. Das Alter der Patienten war meist ein bis zwei Jahre. Meist Fieber, Konvulsionen, oft Erbrechen, Schmerzen in den gelähmten Gliedern. Die Lähmung war meist 2—4 Tage nach Beginn der Erkrankung sichtbar. 4 Todesfälle (Atemlähmung). L. erwartet viel von einer Untersuchung des Stuhlgangs in frischen Fällen. Ewald-Hamburg.

18) **H. C. Emerson** (Springfield). An epidemie of infantile paralysis in Western Massachusetts in 1908. (Boston med. and surg. journ. 1909. Juli.)

Statistische Mitteilungen über 96 Fälle von Kinderlähmung. Interessant ist der Bericht über die Ansteckungen: nur siebenmal konnte eine Uebertragung nachgewiesen werden (Inkubation 1—3 Wochen). Viel öfter blieben aber die Geschwister von Kindern, die an Poliomyelitis erkrankt waren, gesund; es wurden 252 Kinder gezählt, die mit 67 Fällen in Berührung gekommen waren. Die Poliomyelitis ist eine Infektionskrankheit, aber nur wenig kontagiös. Der Erreger scheint in den meisten Fällen durch den Darm einzutreten, ob direkt oder vermittels der Nahrung, ist nicht zu sagen. Ewald-Hamburg.

19) **Simon Flexner** und **Paul A. Lewis** (New-York). Experimental epidemic poliomyelitis. (Arch. of pediatrics 1910. 2.)

Verf. konnten das Poliomyelitisvirus, das aus dem Rückenmark eines an Kinderlähmung zu Grunde gegangenen Kindes stammte, erfolgreich auf eine Reihe von 8 Affen übertragen. Es war gleich, ob die Injektion in das Gehirn, in die Bauchhöhle, Gefässe oder subkutan geschah. — Sie konnten das Virus 7 Tage in Glycerin aufheben und es blieb am Leben; es konnten wiederum Affen serien-



weise inficiert werden. Das durch das Berkefeldfilter gegangene Filtrat brachte dieselbe Krankheit hervor. Ebenso ist das Virus im Blute eines auf der Höhe der Erkrankung befindlichen Affen enthalten, jedenfalls also auch in den anderen Organen. Es wurde 40 Tage lang einer Temperatur von —2 bis —4° C. ausgesetzt, 50 Tage lang bei einer Temperatur von +4° aufbewahrt und war noch virulent. Mikroskopisch oder kulturell dargestellt konnte der Erreger nicht werden. — Ein Affe, der die Poliomyelitis überstanden hatte, wurde nach 24 Stunden reinficiert und bekam keine neue Poliomyelitis. Affen, denen gleichzeitig in gewöhnlicher Weise das Virus intracerebral und eine andere Portion, die eine Stunde lang auf 35—37° C. erwärmt war, subkutan injiciert wurde, erkrankten an Poliomyelitis.

Die Nasenschleimhaut muss das Poliomyelitis-Gift enthalten: exzidiert, mit Quarzsand verrieben, durch ein bakteriendichtes Berkefeldfilter gepresst, rief das Filtrat typische Poliomyelitis hervor. Die Massnahmen, die in einer Epidemie zu treffen sind, ergeben sich demnach von selbst. —

Erfolglos verliefen zahlreiche Injektionen an Meerschweinchen, Kaninchen, einem Pferd, zwei Kälbern, drei Ziegen, drei Schafen, drei Schweinen, sechs Ratten, Mäusen, Hunden, Katzen. (Die Arbeit stammt aus dem Rockefeller Institut!) **Ewald**-Hamburg.

20) **Römer** und **Joseph** (Marburg). Über Immunität und Immunisierung gegen das Virus der epidemischen Kinderlähmung. (Münch. med. Woch. 1910. 10.)

Ein Affe, der eine Poliomyelitis überstanden hatte, und nach 17 Tagen wieder infiziert wurde (intrazerebral und intraperitoneal) erwies sich als nichtimmun. Dagegen überstanden andere Affen, die am 24. und 33. Tage nach der ersten Infektion reinfiziert wurden, die neue Infektion ohne Störung des Allgemeinbefindens. Da die erste Infektion in einigen Fällen sehr leicht verlief, so ergibt sich der wichtige Schluss, dass eine experimentelle Infektion mit Poliomyelitisvirus, die klinisch gar keine Erscheinungen machte, Immunität zurücklassen kann.

Verf. sind damit beschäftigt, ein ungefährliches Vaccinationsverfahren auszuarbeiten, das teils auf den oben angedeuteten Resultaten fusst, teils auf der Schutzimpfung, wie sie bei Lyssa angewandt wird.

Im Nachtrag teilen sie mit, dass sie mit dem Zeiss'schen Ultramikroskop im Berkefeldfilterfiltrat (welches das Poliomyelitis-



virus noch enthält!) äusserst kleine, rundlich-ovale Körperchen gefunden haben, die im entsprechend hergestellten Filtrat aus Gehirn und Rückenmark nicht zu finden waren. Schlussfolgerungen behalten sich die Autoren vor. **Ewald**-Hamburg.

21) **R. Kraus** (Wien). Ueber filtrierbares Virus und über das Wesen der Poliomyelitis acuta. (Med. Klin. 1910. 12.)

Das durch die Filterwand gehende Virus besteht aus sichtbaren Mikroorganismen, die aber noch kleiner sind als $^1/_{1000}$ mm. Der Nachweis des Virus gelingt jedoch nicht kulturell, sondern nur durch das Tierexperiment. Charakteristisch für dieses Virus sind auch die intracellulären Einschlüsse (z. B. bei Lyssa, Variola, Trachom). Ein solches filtrierbares Virus bedingt auch die Poliomyelitis acuta. (Affenversuche). Uebertragung von Mensch oder Affen auf Kaninchen sind K. bisher nicht gelungen, dagegen erkrankte ein Kaninchen 21 Tage nach Infektion vom Affen her an Lyssa ähnlichen Erscheinungen. (Tremor, Paresen d. Extremitäten, Paralyse, Tod in einigen Stunden.) Die Medulla und das Gehirn dieses Kaninchen auf andere junge übertragen, erwies sich als infektiös, allerdings konnte der typische Poliomyelitisbefund nicht erhoben werden. — Das Poliomyelitisvirus konnte von Flexner in Ascitesbouillon gezüchtet werden. Kr. hat durch einmalige subkutane Injektion einer karbolisierten Gehirn- und Rückenmarksemulsion von an Poliomyelitis verstorbenen Affen gesunde Affen immunisiert. Es ist auch festgestellt, dass ein einmaliges Ueberstehen der Erkrankung vor Neuinfektion schützt. Eine Schutzimpfung dürfte also auch beim Menschen möglich sein. **Ewald**-Hamburg.

22) **W. G. Spiller** und **Ch. H. Frazier** (Pennsylvania). Resektion of the posterior spinal roots for the relief of spasticity. (Univers. of Pennsilv. med. bull. 1910. Januar.)

Spiller hat die Durchschneidung der hinteren Wurzeln (Foerster) schon im Jahre 1905 empfohlen. Es wird über einen 43 jährigen Mann berichtet, der nach einer Kopfverletzung eine Lähmung beider Beine sowie Incontinentia vesicae et alvi davontrug. Während letztere nach 9 Monaten wieder verschwand, blieb die spastische Lähmung der unteren Extremitäten bestehen (Spitzfuss, Adduktorenspasmus, Sensibilitätsstörungen). Unter Rückenmarksanästhesie (Stovain) werden einseitig die sensorischen Wurzeln des V., III. und II. Lumbalnerven auf jeder Seite durchschnitten.



Der Enderfolg war der, dass Patient an einer Krücke und Stock gehen konnte, den Fuss ganz aufsetzte und die Beine abduzieren konnte. Die Operation wird genau beschrieben.

Ewald-Hamburg.

23) **Fernandez Sanz.** Tratamiento de la neuralgia del trigémino por las inyecciones de alkohol (1). (Rev. de Medic. y Chirug. pract de Madrid. 1909. Nr. 1073.)

S. bespricht die Therapie der Trigeminusneuralgien durch Alkoholinjektionen nach Schlösser und bringt selbst zwei diesbezügliche in Heilung ausgegangene Fälle von Neuralgien des 2. bezw. 3. Astes des Trigeminus bei einem 48 jährigen und bei einem 50 jährigen Manne.

Stein-Wiesbaden.

24) **Max Stransky** (Wien). Zur Technik der Abnahme der steifen Verbände. (Mediz. Klin. 1910. Nr. 5.)

St. empfiehlt das wohl den meisten Orthopäden vertraute Verfahren, Gipsverbände mit Essig aufzuweichen und dann mit einem gewöhnlichen Messer aufzuschneiden. **Ewald**-Hamburg.

25) **Robertson** (Santiago). Behandlung der Luxationskompressionsfrakturen der Wirbelsäule. (D. Z. f. Chir. 103 Bd. 1—2 H. p. 179.)

Verf. fordert bei allen Kompressionsfrakturen der Wirbelsäule, die mit Kompression des Markes verbunden sind, ein möglichst sofortiges operatives Einschreiten. Die einfache Laminektomie genügt nach mehrfachen Erfahrungen von ihm oft nicht, sondern es muss die Hinterseite des Wirbelkörpers freigelegt werden, da bei Luxation des frakturierten Wirbels hier ein winkliger Vorsprung sein kann, der die Leitungsunterbrechung des Rückenmarkes aufrecht erhält. Ferner fand Verf. dass die oberhalb und unterhalb von der Fraktur austretenden Nervenwurzeln nach vorn resp. nach hinten verzogen sein können, wodurch die winklige Knickung des Rückenmarkes, auch wenn der Kanal völlig frei ist, aufrecht erhalten werden kann. Verf. resezierte daher das obere oder untere Nervenpaar. Für ein Gelingen der Operation ist eine gute Hämostase wichtig, in der Dura erreichte sie Verf. durch Injektion von Adrenalinlösung mit einer dem Wirbelkanal entsprechend gebogenen Hohlsonde. Verf. rät die Immobilisierung der Wirbelsäule durch ein Gipsbett noch auf dem Operationstisch herzustellen. **Baisch**-Heidelberg.



26) **Delorme** (Halle a. S.). Beitrag zur Kenntnis des Verhebungsbruches am V. Lendenwirbel. (Münch. med. Woch. 1910. Nr. 10.)

Die subjektiven Beschwerden des Mannes, der sich den Unfall beim Umkippen eines 3 Zentner schweren Kastens zugezogen hatte, wurden in den zahlreichen Gutachten für übertrieben und simuliert gehalten. Die klinische Untersuchung ergab Steifigkeit und Schmerz in der Lendenwirbelsäule, Verschwundensein der Lendenlordose, Verschiebung des Oberkörpers nach links. Das Röntgenbild ergibt eine Kompressionsfraktur des V. Lendenwirbels, Bogenfraktur. Dass auf dem Bilde überhaupt nichts mehr vom Schatten des V. Lendenwirbelkörpers zu sehen ist, kommt nicht allein — wie Ludloff meint — durch die veränderte Lage und daher veränderte Projektion, sondern auch durch die Höhenverminderung infolge der Kompression zustande.

Besprechung des Entstehens der Verletzung (Feinen). Die Verhebungsbrüche kommen sicher häufiger vor, als sie diagnostiziert werden. Sie werden nicht diagnostiziert, weil die Gewalteinwirkung relativ gering ist, weil die klinischen Symptome anfänglich auch nicht auf eine schwere Verletzung hindeuten und weil kein Röntgenbild gemacht wird. **Ewald**-Hamburg.

27) **E. Kirmisson** (Paris). Scoliose congénitale. (Rev. d'orthop. 1910. 1.)

$3^1/_2$jähriger Knabe, bei dem seit der Geburt eine Skoliose vorhanden war. Das Röntgenbild ergab einen Keil zwischen 5. und 6. und zwischen 11. und 12. Brustwirbel, ausserdem eine Synostose zwischen der 3. und 4. l. Rippe. In einem 2. Fall (10jähr. Mädchen) war an Stelle des 2. Brustwirbels nur ein Keil vorhanden. Nach Zusammenstellung der spärlichen Literatur (die Böhm'schen Arbeiten werden nicht erwähnt! Ref.) geht K. dazu über, die angeborenen Skoliosen in 2 Gruppen einzuteilen, die ohne und die mit Wirbel veränderungen (überzähliger Keilwirbel). Letztere werden aus der dreiteiligen Anlage des Wirbelkörpers zu erklären versucht.

Zum Schluss werden die Fälle von einem Kind mit Keilwirbel zwischen dem 4. und 5. Lendenwirbel und einem andern mit Spina bifida occulta der Lendenwirbelsäule, das ausser dem Schulterblatthochstand, Rippensynostose und Keilwirbel zwischen dem 5. und 6. Brustwirbel hatte, mitgeteilt. **Ewald**-Hamburg.



28) **Enderlen.** Ein Beitrag zur operativen Behandlung der Serratuslähmung. (D. Z. f. Chir. 101. Bd. 5—6 H. p. 516.)

Verf. beschreibt einen Fall von Serratuslähmung, den er mit Muskelplastik aus dem Pektoralis major behandelte. Die Portio costalis wurde am Ansatz abgetrennt, nach hinten geschlagen und durch 2 Bohrlöcher am Angulus scapulae befestigt. Der Verband wurde in elevierter Stellung angelegt. Das funktionelle Resultat war gut, der Arm konnte gut eleviert werden, die Scapula stand dabei nur minimal ab. Das kosmetische Resultat ist nach Verf. nicht ganz einwandfrei. **Balsch**-Heidelberg.

29) **Kawamura** (Kyoto, Japan). Zur Kasuistik der subtotalen und totalen Exstirpation des Schulterblattes mit und ohne Erhaltung des Armes. (D. Z. f. Chir. Bd. 103. 3—6. H.)

Verf. bringt 2 Fälle von totaler Resektion der Skapula wegen Sarkom, und stellt die bisher bekannt gewordenen Fälle zusammen. Er konnte im ganzen 494 Fälle sammeln, 52 Fälle subtotaler Entfernung der Skapula mit 40 Heilungen, 127 Fälle von Totalexstirpation der Skapula mit 105 Heilungen und 315 Fälle von Totalexstirpationen des Schultergürtels mit dem Arm, darunter 266 Heilungen. Die Mortalität der Operation hat seit 1875 wesentlich abgenommen und die Heilungsaussichten sind darnach bei aseptischer Operation recht günstige. Die Funktion des Armes ist bei Totalexstirpation der Skapula noch eine recht befriedigende. Indikation zu den Operationen gaben in den meisten Fällen Sarkome, dann folgen Verletzungen, Entzündungen, Enchondrome. **Balsch**-Heidelberg.

30) **Pfister** (Altona). Zur Diagnostik von Schulter-Verletzungen durch die Röntgenaufnahme von oben. (Mediz. Klin. 1910. Nr. 5.)

Bei einem Unfallverletzten, der lange vergeblich behandelt war und auf Grund eines ventro-dorsalen Röntgenbildes in den Verdacht der Exageration geriet, wurde bei einer Aufnahme von oben nach unten (Film in der Achselhöhle) eine Luxation des Humeruskopfes nach hinten und eine partielle Fraktur des Kopfes nachgewiesen. **Ewald**-Hamburg.

31) **Lièvre-Brizard** (Auteuil). La mobilisation de l'articulation scapulo-humérale. (Revue clinique 1910. 2.)

Einfacher Apparat, um das Schultergelenk wieder beweglich zu machen: Eine Schnur, die an beiden Enden Handgriffe trägt,



läuft über eine an der Decke angebrachte Rolle. Der Patient zieht mit dem gesunden Arm den kranken in die Höhe. Um die Schulter dabei zu fixieren, liegt über ihr ein Stück Leder, das mittels Schnüren und Steigbügel durch den Fuss des Patienten fest gegen die Schulter gezogen wird, so dass ein Heraufsteigen der Scapula nicht möglich ist.

Ewald-Hamburg.

32) **J. Lucas-Championnière** (Paris). Fractures de l'humérus à l'extrémité supérieure. (Rev. clin. 1910. 2.)

Neben einer genauen Diagnose (Fraktur oder Luxation, oder beides, Nebenverletzungen) ist eine richtige Behandlung von massgebender Bedeutung. L.-Ch. versteht darunter sofortige Mobilisation und Massage und behauptet, damit den ältesten (70—80jährigen) Patienten in einigen Wochen wieder die volle Gebrauchsfähigkeit des frakturiert gewesenen Armes zurückgeben zu können. Dagegen würden bei Patienten, die die vierziger Jahre überschritten hätten, nach der üblichen 6wöchigen Fixationsperiode immer Steifigkeiten, Muskelatrophien, Schmerzen bei Bewegungen zurückbleiben. Ja nur 14tägige Immobilisation führt schon im höheren Alter zu bleibenden Schädigungen, die mit der Zeit infolge der Arthritis und Periarthritis, die das Trauma gesetzt hat, schlimmer werden.

Ewald-Hamburg.

33) **René Facque.** Du traitement de certaines fractures graves dé l'extrémité supérieure de l'humérus par la résection de la tête humérale. (Thèse de Paris 1909.)

In Fällen von schweren Brüchen, namentlich dann, wenn der Bruch auch mit Luxation kompliziert ist, erscheint die Resektion des Oberarmkopfes als die rationellste Behandlungsmethode, da hierdurch die Beweglichkeit des Gliedes meist eine sehr gute wird, während durch die konservative Behandlung entweder totale Ankylose oder jedenfalls eine bedeutende Beschränkung der Beweglichkeit zustande kommen möchte. Von den 38 Beobachtungen, die der Verfasser gesammelt hat, betrafen 22 solche Fälle, die längere Zeit verfolgt werden konnten und bei welchen ein ausgezeichnetes Ergebnis der Operation festgestellt werden konnte.

Zur Ausführung des Eingriffes ist der delto-pektorale Schnitt am meisten zu empfehlen, eventuell mit zeitweiliger Ablösung der klavikulären Deltoideusfasern. Die Verbindungen der benachbarten Sehnen mit der Kapsel müssen geschont werden. Nach Entfernung eventueller Knochensplitter und Abrundung der Resektionsfläche wird der Verband derart angelegt, dass das Humerusende mit der

Gelenksfläche in Berührung kommt, ferner wird in die Achselhöhle ein Wattebausch gegeben, um einer Luxation des Knochens nach innen vorzubeugen. Am sechsten Tage wird mit Massage und Mobilisation begonnen, wobei nicht vergessen werden darf, dass in diesen Fällen die Nachbehandlung ebenso wichtig, wenn nicht wichtiger als die Ausführung der Operation, für ein gutes Resultat ist.

Der beste Zeitpunkt zur Vornahme der Resektion ist zwischen siebentem und zehntem Tag nach der Verletzung, zu frühzeitig vorgenommen ist der Eingriff ungünstig wegen der Quetschungen der Weichteile, während man später mit beginnenden Atrophien der Muskeln zu rechnen hat. E. Toff-Braila.

34) **Marcus** (Posen). Ein Fall von Myositis ossificans traumatica im Biceps humeri. (Monatschr. f. Unfallheilk. 1910. 4.)

Einem 43 jährigen Brauereiarbeiter riss beim Heben eines schweren Sackes der Biceps am unteren sehnigen Ansatz. Nach 18 Wochen konnte M. im Röntgenbild einen bohnengrossen Schatten feststellen, den er als Verknöcherung des musc. biceps anspricht. Eine Operation wurde abgeschlagen. Wie eine spätere Röntgenaufnahme ergab, zeigte die Verknöcherung Tendenz sich zu vergrössern. Kein Zusammenhang mit dem Knochen. M. glaubt, dass durch den Muskelriss ein starker Bluterguss in den Muskel hinein erfolgte, der eine entzündliche Reizung veranlasste, die wiederum zur Knochenbildung im Muskelgewebe führte. Ewald-Hamburg.

35) **E. Kirmisson** (Paris). De la paralysie ou contracture ischémique de Volkmann. (Revue d'orthop. 1910. 2.)

Aus den 5 beobachteten Fällen schliesst K., dass neben den durch die Ischämie lädierten Muskeln meist auch die Nerven betroffen sind. Einmal lag kein Bruch vor, sondern die Deformität hatte sich nach einer einfachen Kontusion des Vorderarms gebildet. In einem anderen Fall hatte sich ein grosser Abszess am Vorderarm nach behandeltem Humerusbruch gebildet. Da nach 1 Jahr der Patient starb, konnten Muskeln und Nerven untersucht werden, und es fand sich neben ausgedehnter fibröser Degeneration der Beugemuskeln eine tiefgehende Schädigung der Nerven, namentlich des Medianus. Ausser Sehnenverlängerung oder Knochenverkürzung muss man also auch die Nerven freilegen und vor Verwachsung bewahren. In einem Falle hatte K. damit — allerdings erst sechs Monate nach der Operation — ein gutes Resultat.

Ewald-Hamburg.



36) **Jacoulet** (Paris). Un cas de maladie de Dupuytren-Madelung. (Rev. d'orthop. 1910. 1.)

60jähriger Zimmermann bemerkte seit seinem 18. Jahre die Handgelenksdeformierung, die sich bis zum 25. Lebensjahr verschlimmerte. Sein Vater soll dieselbe Missbildung gehabt haben. Beiderseits ist die Luxation des unteren Ulnaendes nach dem Dorsum hin zu bemerken; sie lässt sich leicht reponieren. Radiographisch findet sich links, der Seite der stärkeren Deformität, ein Radius curvus. (Patient hat jedoch vor 7 Jahren eine Radiusfraktur erlitten.) Rechts ist der Radius gerade.

Ätiologisch schliesst J. für seinen Fall Trauma und Rachitis aus, hält die Tuberkulose (Poncet) für möglich, neigt aber am meisten der mechanischen Theorie zu. Hereditär sei die anatomische Disposition der Gelenkflächen und der Handgelenksbänder. Operativ will er in diesem Falle wegen Mangel an Beschwerden nicht eingreifen.

Ewald-Hamburg.

37) **G. Clark Stewart.** Traumatische Hernie des Muscul. Adductor pollicis. (*Ιατρική Πρόοδος* Jan. 1910. Nr. 1—2.)

Diese nach S. noch nicht beschriebene, an einem 19jährigen Jüngling beobachtete Muskelhernie kam so zustande, dass die Hand zwischen zwei Eisblöcken stark gepresst wurde. Zwischen Daumen und Zeigefinger trat durch einen Hautriss eine nussgrosse Fleischmasse zu Tage, die auf Reizung sich kontrahierte. Bei der in Narkose vorgenommenen Erweiterung der Wunde fand sich der Muscul. add. pollic. völlig von seiner Ursprungstelle, dem zweiten Metacarpus, getrennt. Daher und weil der motorische Nerv dieses Muskels mit abgerissen war, wurde letzterer an seiner Insertion abgeschnitten. Die mit leichter Drainage genähte Wunde heilte gut, und die danach gebliebene Funktion des Daumens war ziemlich(?) zufriedenstellend.

Chrysospathes-Athen.

38) **H. Engel** (Berlin). Über Erwerbseinbusse durch Fingerverluste. (Mediz. Klin. 1910. Nr. 6.)

E. berichtet über wichtige Entscheidungen des Reichsversicherungsamtes, die seiner Zeit von der Norddeutschen Holzberufsgenossenschaft zusammengestellt waren.

Danach sind folgende Defekte der Finger nicht mehr als erwerbsbehindernd anzusehen, wenn die Verletzten sich an den Zustand gewöhnt haben: Verlust der Nagelglieder des 3. und 4. Fingers; — Verlust des rechten Ringfingers; — Verlust zweier Glieder des



rechten Zeigefingers; — Verlust des Nagelgliedes des rechten Daumens; — Verlust zweier Glieder des rechten Mittelfingers; — Verlust von $1^1/_2$ Gliedern des rechten Ringfingers; — Verlust des linken Ringfingers oder des kleinen Fingers. **Ewald**-Hamburg.

39) **M. C. Gueit** (Montpellier). A propos d'un signe différentiel de la sciatique et de la sacrocoxalgie. (Gazette des hôp. 1910. Nr. 22.)

Um Ischias und Schmerzen im Ileosakralgelenk zu unterscheiden, legt G. den Patienten auf einen Tisch und lässt ihn die Beine in Knie und Hüfte stark beugen, ja hilft der Beugung in der Hüfte noch nach. Werden dann Schmerzen geäussert, so handelt es sich um eine Affektion des Ileosakralgelenks. **Ewald**-Hamburg.

40) **A. Puyhaubert** (Bordeaux). Sur un procédé pour mesurer l'étendue des mouvements articulaires de la hanche (Revue d'orthop. 1910. 2.)

Die Untersuchungsmethode, die über die Beweglichkeit im Hüftgelenk Auskunft geben soll, besteht darin, dass man beim geradeliegenden Patienten das eine Bein fixiert, während man am anderen nach unten zieht, so dass die dazugehörige Beckenseite hinuntersteigt. Dann muss der Malleolus int. des extendierten Beins eine bestimmte Distanz tiefer liegen als der andere. Nachdem man diese markiert hat, zieht man am andern Bein. Eine eventuelle Differenz lässt auf eine Bewegungsstörung in einer Hüfte schliessen.

Ewald-Hamburg.

41) **P. Grisel.** Périarthrite ankylosante de la hanche. (Revue d'orthop. 1910. 1.)

Ein jetzt 7jähriges Mädchen bekam im Anschluss an eine Mittelohrentzündung rheumatismusartige Schmerzen im Sprung-, dann im Knie- und noch später in der Gegend des Hüftgelenks. Das Gelenk selbst soll zunächst frei gewesen sein. Die Erkrankung ging mit langdauerndem hohen Fieber einher. Erst nach 7 Wochen war Entfieberung eingetreten, während dessen aber das Hüftgelenk in Beuge-Adduktionskontraktur völlig versteift. Extension, Massage, Übungen, Reposition und Gipsverband, später wieder Massage; Elektrisierung und Mobilisierung erwiesen sich als völlig zwecklos.

Ätiologisch glaubt G. Tuberkulose, Osteomyelitis, akuten Gelenkrheumatismus, Pneumococcenarthritis (vom Mittelohr her!) ausschliessen zu können und nimmt einen periartikulären gonorrhoischen Prozess an. **Ewald**-Hamburg.



42) **Binet** (Nancy). Fractures diaphysaires du fémur chez l'enfant. (Gaz. des hôpitaux 1910. 11.)

Der horizontalen und vertikalen Extension der Oberschenkelbrüche bei Kindern zieht B. folgendes Verfahren vor: Während das Bein mittels Heftpflasterverband extendiert wird (3—6 klgr.), wird über Watte ein Gipsverband von Becken bis Zehen angelegt. Nach 4—5 Wochen Nachbehandlung. Ewald-Hamburg.

43) **L. Billon** (Marseille). Luxations congénitales de la rotule. (Gazette des hôp. 1910. 41.)

Beschrieben sind 107 Fälle, 99 Luxation nach aussen, 2 nach innen, 6 nach oben. Oft ist Heredität nachzuweisen, auch finden sich häufig andere angeborene Missbildungen (Klumpfuss, Hüftluxation, Radiusluxation). Ob die Kniescheibenverrenkung durch mangelhafte Ausbildung des Condylus ext. femoris oder durch Banderschlaffung zustande kommt, weiss man nicht, die Vergesellschaftung mit genu valgum ist häufig. B. unterscheidet 1. inkomplette Luxationen (reponieren sich bei jeder Streckung), 2. komplette, und 3. intermittierende Luxationen, die nur hin und wieder (Stunden, Tage, Wochen) auftreten.

Die Behandlung richtet sich nach den Beschwerden. Häufig sind diese gering, oft genügt auch eine Binde oder ein elastischer Strumpf. Als Operationen sind die Exstirpation der Patella, die Arthrodese des Kniegelenks, Korrektur des genu valgum empfohlen worden, mehr dürfte die Faltung der medialen Kapsel oder die Tenotomie des Vastus ext. inbetracht kommen. Auch die Verlagerung des lig. patella medial von der Tuberositas tibiae hat gute Resultate gegeben. Ewald-Hamburg.

44) **R. Petit** (Paris). Traitement des fractures de la rotule. (Rev. clin. 1910. 1.)

P. hält bei der Patellarfraktur die unblutigen Behandlungsmethoden für unsicher und erkennt nur die Cerclage und die Naht mit Silberdraht an. In beiden Fällen hat eine gründliche Ausräumung des Kniegelenks von Blutgerinseln vorherzugehen.

Krankengeschichten von 4 Fällen, in denen P. zweimal genäht, zweimal die Cerclage ausgeführt hat. Letztere hat einmal die Fragmente nicht festzusammengehalten und ist das zweite Mal gerissen, weshalb P. die Sutur der Fragmente für das Verfahren der Wahl hält. Ewald-Hamburg.



45) **Blecher** (Strassburg i. E.). Ueber die ambulante Behandlung der traumatischen Kniegelenksergüsse mit Heftpflasterverbänden. (Münch. med. Woch. 1910. 13.)

B. hat 73 frische Kniegelenksergüsse mit Heftpflasterverband behandelt. Die Streifen werden kreuzweise über das Knie und transversal oberhalb der Patella angelegt und sollen einen gleichmässigen Druck auf das Gelenk ausüben. Darüber kommt eine Flanellbinde. Die Patienten können sofort aufstehen. B. glaubt durch seinen Verband auch die Quadricepsatrophie verhüten zu können. — Bei grossen resp. blutigen Ergüssen punktiert er zunächst und legt dann, nach 24 Stunden, den Verband an. Meistens genügte es, wenn der Verband 14 Tage liegen blieb; dann war der Erguss verschwunden, für einge Tage wurde noch eine Flanellbinde angelegt, eine etwa vorhandene Kapselverdickung mit Heissluft bekämpft und die Leute in etwa 25 Tagen wieder dienstfähig entlassen. In einigen anderen Fällen musste der Verband erneuert oder der Erguss punktiert werden, worauf Heilung eintrat. Die Quadricepsatrophie war immer ganz gering; es bestand nie mehr wie 1—1,5 cm. Umfangsdifferenz. Rezidive des Ergusses traten nur 5 mal, 2 T. nach frischen Verletzungen auf.

Ewald-Hamburg.

46) **Th. Gümbel.** Die Brüche des Schienbeinkopfes. (D. Z. f. Chir. 103. Bd. 1.—2. H. p. 107.)

Verf. gibt eine kritische Uebersicht über die bisher bekannt gewordenen Fälle von Brüchen des Schienbeinkopfes, die er einteilt in Brüche eines Condylus, direkt oder indirekt entstanden, und in Kompressionbrüche beider Condylen. Verf. fügt aus seiner eigenen Beobachtung 7 Fälle (im Nachtrag noch 2.) hinzu. Die Diagnose ist nach Verf's. Ansicht leicht aus den charakteristischen Symptomen — genau lokalisierter Druckschmerz, event. Krepitation und palpatorisch feststellbare Verschiebung der Fragmente, in allen Fällen aber Beteiligung des Kniegelenks und event. des Bandapparates — auch ohne Röntgenbild zu stellen. Für die Prognose und Therapie spielt die Gelenkbeteiligung eine wichtige Rolle. Neben Extensionsverbänden ist eine möglichst frühzeitige aktive Behandlung notwendig; mitunter ist zur Stellungskorrektur der Fragmente ein operativer Eingriff nötig. Der Heilungserfolg ist in vielen Fällen wegen der Gelenkbeteiligung und wegen des meist höheren Alters der Verletzten nur ein sehr beschränkter. **Balsch**-Heidelberg.



47) **Knoke** (Kiel). Zur Extensionsbehandlung der Unterschenkelfrakturen. (Zentralbl. f. Chir. 1910. 14.)

Bei Frakturen im unteren Drittel des Unterschenkels legt K. wegen der geringen Wirksamkeit keinen Bardenheuerschen Extensionsverband an, sondern macht über Watte einen Gipsstiefel, in den 2 seitliche Segeltuchstreifen eingegipst werden, die zum Anhäugen des Gewichts dienen. Nach dem Erhärten wird der Gipsstiefel in 2 Hälften geschnitten und dann mit einigen Bindentouren wieder angewickelt. Kann auch für andere, ähnlich grosse Füsse wieder gebraucht werden. Ewald-Hamburg.

48) **Broca** und **Phélip** (Paris). Le décollement épiphysaire de l'extrémité inférieure du tibia associé à la fracture du péroné dite de Dupuytren. (Rev. d'orthop. 1910. 2.)

6 Fälle von Kindern von 6—14 Jahren, bei denen es statt zu einer typischen Malleolenfraktur zu einer Epiphysenlösung der Tibia gekommen war, während die Fibula in der üblichen Weise einige Finger breit oberhalb des äusseren Knöchels frakturierte. Gewöhnlich war auch noch aus dem äusseren, dicht oberhalb der Epiphysenlinie liegenden Teil der Metaphyse ein Fragment herausgebrochen. Röntgenbilder ergeben deutlich die anatomischen Verhältnisse vor und nach der Einrichtung des Bruches. Ewald-Hamburg.

49) **P. Möhring** (Kassel). Die Prothese für den Pirogoffstumpf. (Monatsschr. für Unfallheilk. 1909. 12.)

Die Prothese besteht aus einer Lederhülse mit Schnürung, einem Holzfuss und Gelenkschienen. Letztere besitzen zwei seitliche Scharniere, die den Mittelpunkt eines Kreises darstellen, der entsprechend der Wölbung des Stumpfes gelegt gedacht wird. Der Stumpf selbst ruht auf einem Kugellager, das wiederum der Holzsohle des künstlichen Fusses aufruht. Die Bewegung, die so zustande kommt, gewährleistet einen fast normalen Gang. Die Dorsalflexion wird durch Gummizüge hervorgerufen.

Ewald-Hamburg.

50) **J. G. Chrysospathes** (Athen). Die Volkmannsche Sprunggelenksdeformität als Folge angeborener fehlerhafter Lage der Fibula. (Zentralbl. f. Chir. 1910. Nr. 12.)

Die fragliche Deformität wurde bisher allgemein auf einen Fibuladefekt zurückgeführt. Ch. hat 2 Fälle beobachtet, wo die Fibula an sich intakt war, aber zu weit nach hinten-innen gelagert

war (Röntgenbilder). In einem Fall (5 jähr. Mädchen) präparierte Ch. den Malleolus ext. frei, knickte ihn oberhalb seiner Epiphyse an und brachte ihn in seine normale seitliche Lage. Gipsverband, nach 4 Wochen Stützapparat. Stellung des Fusses gut.

Ewald-Hamburg.

51) **K. Lengfellner** (Berlin). Der Fuss des Neugeborenen und seine Behandlung. (Mediz. Klin. 1910. Nr. 6.)

L. macht auf seine vielfachen Plattfussarbeiten aufmerksam, aus denen hervorgeht, dass 75% aller Neugeborenen einen »Senkfuss«, 25% einen gut gewölbten Fuss haben. »Senkfuss« und gewölbter Fuss sind überhaupt auseinanderzuhalten; der eine kann sich aus dem andern höchst selten herausbilden. Auf Grund embryologischer und phylogenetischer Überlegungen hält er den Plattfuss für den »Zukunftsfuss«. Der Hohlfuss wäre demnach nur ein phylogenetisch früheres Stadium der Fussbildung. Beide Fusstypen sind durch ein Wachstums- und Entwicklungszentrum bedingt, das L. annimmt. Jeder Typus hat seine pathologischen Symptome. Gemeinsam können sie beide Schmerzen im Talonavikulargelenk haben, für den Hohlfuss sind ausserdem die Schmerzen in den Metatarsophalangealgelenken und in der Ferse charakteristisch. Der Fettschwund unter den belasteten Punkten der Ferse und des Ballens, sowie die Herausbildung von Schleimbeuteln und von Hornhaut an diesen Stellen führt zu Schmerzen. Diese Punkte müssen daher entlastet werden. Schon bei Kindern soll man bereits einige Monate nach der Geburt mit Massage beginnen, und jede Mutter sollte darum einen Massagekurs durchmachen. Der Knickfuss stellt wiederum etwas besonderes dar und kann bei Platt- und Hohlfuss vorkommen. Hier ist ganz besonders früh mit Massage zu beginnen, die schuldige Achillessehne zu dehnen, und Stiefel mit festem inneren Halt sind bei den ersten Gehversuchen zu geben. L. empfiehlt Stiefel einer Fabrik, die nach seinen Angaben arbeitet.

Ewald - Hamburg.

52) **Karl Cramer** (Köln a. Rh.). Eine seltene Verletzung im Lisfrancschen Gelenk. (Arch. f. Orth., Mechanoth. u. Unfallchir. 1909. Bd. VIII. 2.)

Verf. beschreibt einen Fall der seltenen Luxationsfraktur im Lisfrancschen Gelenk. Neben einem Plattfuss ergab die Röntgen-Untersuchung eine Zertrümmerung der 3 Keilbeine, eine Luxation des 2.—5. Mittelfussknochens lateral- und dorsalwärts, kleine Abrissfrakturen an den Basen der luxierten Mittelfussknochen. — Literatur



über isolierte Frakturen und Luxationen der kleinen Fussknochen. Die Therapie wird die fixierten Knochen zu reponieren suchen, was aber meist nur auf blutigem Wege gelingt. **Ewald**-Hamburg.

53) **A. H. Tubby.** Right-angled contraction of the tendo Achillis as a cause of halting and stumbling in children. (reports of the society for the study of disease in Children. Vol. VII. 1907.)

Die Verkürzung der Achillessehne resp. des zugehörigen triceps surae (z. B. nach Kinderlähmung) hat nicht nur den pes equinus, sondern auch unter Umständen einen pes varus oder valgus, ja wegen des Ursprungs des gastrocnemius vom Femur eine Beugestellung des Knies zur Folge. Letzeres kann man leicht beobachten, wenn man in einem solchen Falle versucht, bei gestrecktem Knie den Fuss dorsal zu flektieren. Die Behandlung ist in allen Fällen dieselbe: treppenförmige Verlängerung der Achillessehne.

Ewald-Hamburg.

54) **Pedro Chutro.** Contribucion al estudio del tratamiento de las fracturas del Calcaneo. (Rev. de la Soc med. Argentina 1909. pag. 537.)

Mitteilung eines Falles von doppelseitigem Bruch des Kalkaneus bei einem 20 jährigen Mann. Derselbe war reitend vom Pferde abgeschleudert worden und mit grosser Heftigkeit auf die beiden Füsse gefallen. Er hatte einen Monat Bettruhe eingehalten; die Schmerzen waren aber noch immer so heftig, dass er ins Krankenhaus kam. Die aufgenommenen und der Arbeit beigegebenen Röntgenbilder zeigen, dass es sich um Querbrüche im hinteren Teile beider Knochen mit starker Verschiebung handelte. Es wurde unter Rückenmarksanästhesie die Naht der Frakturen ausgeführt. Die Heilung ging gut von statten und der Erfolg war sehr befriedigend.

Stein-Wiesbaden.

55) **Boerner.** Über den sogenannten Calcaneussporn. (D.Z.f. Chir. 101 Bd. 5—6 H. p. 581.)

Verf. berichtet über einen eigenen Fall von Calcaneussporn und stellt im ganzen 74 Fälle aus der Literatur zusammen. Nach Verf.'s Ansicht stellt der Calcaneussporn eine durch Bänder- (Fascia plantaris) und Muskelzug bedingte über das Durchschnittsmass hinausgehende Ausbildung des Tuberc. majus calcanei dar. In wenigen Fällen kommen Plattfussbildung, Gonorrhoe, Osteoarthritis oder Trauma in Betracht. Diese letzteren Faktoren spielen wohl eine



Rolle bei dem Schmerzhaftwerden eines Calcaneusspornes, indem sie zur Periostitis und reaktiven Entzündung der umgebenden Weichteile führen. Das Vorkommen eines Calcaneusspornes ohne Schmerzen ist wohl nicht allzu selten. Die rationelle Therapie der Calcaneodynie durch Spornbildung besteht in Abmeisselung des Spornes, wodurch auch der Fall des Verf.'s völlig geheilt wurde.

Baisch-Heidelberg.

56) **Chrysospathes** (Athen). Der Calcaneussporn. (Zeitschr. f. orth. Chir. XXIII. Bd. 3—4. H. S. 377.)

Nach anatomischen Untersuchungen hält C. an seiner Behauptung fest, dass der Calcaneussporn von der Epiphyse des Fersenbeins resp. von der Epiphysenlinie ausgehe, und dass er an demjenigen Sehnenansatz entstehe, der den grössten Zug ausübe. Kleinere Exostosen hält er für normale Gebilde entsprechend den Spinae an anderen Knochen, grössere seien pathologische Erscheinungen, die eventuell unter der Einwirkung verschiedener Erkrankungen (Arthritis, Gonorrhoe etc.) entstehen könnten. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

57) **Reginald Morton.** A case of Calcaneodynia. (Arch. of the Roentgen ray. 1909. Nr. 113.)

36 j. Mann, der aus einer „rheumatischen" Familie stammt und selbst gonorrhoische Gelenkentzündungen durchgemacht hat. Wegen Schmerzen in den Füssen hat er Bäder besucht und allerlei Mittel angewandt. Es bestand beiderseits ein Plattfuss, und das Röntgenbild zeigte einen grossen Kalkaneussporn. Eine Einlage beseitigte die Beschwerden, ob für immer, bezweifelt M. **Ewald**-Hamburg.

58) **C. Cramer** (Köln a. Rh.). Ein Fall von Pes equinus congenitus. (Arch. f. Orth. Mechanother. und Unfallchir. 1909. Bd. VIII. 2.)

Der angeborene reine Spitzfuss ist sehr selten; meist überwiegt die Klumpfussstellung, manchmal auch die Valgusstellung (z. B. bei Fibuladefekt — Joachimsthal). Das von C. beobachtete 4jährige Mädchen hatte ausser der Beinverkürzung (11 cm) und ausser dem Zurückbleiben im Wachstum und einem totalen Fibuladefekt eine leichte Abduktion der Fusswurzel, eine Adduktion des Mittelfusses und einen hochgradigen Pes equinus. Ther.: erhöhter Schienenschuh. **Ewald**-Hamburg.

59) **Divaris** (Paris). Pes equinus hystericus. (Ἰατρική Πρόοδος 1.—15. Dec. 1909.)

D. beobachtete in Raymonds' Klinik ein junges, von Religions-



wahn befallenes Mädchen, das die Stellung Jesu am Kreuz annahm, daher den einen Fuss in starker Equinusstellung hielt und auch auf den Fussspitzen ging.

Der Gedanke der Nagelung am Kreuz rief bei der Pat. ausserdem Pemphigusblasen am Dorsum nicht nur des befallenen Fusses, sondern auch des anderen hervor, der vor Ausbruch der Hautaffektion vor Irritierung seitens der Pat. geschützt wurde.

D. knüpft daran weitgehende allgemeine entwickelungsgeschichtliche Betrachtungen, die darin gipfeln, dass, falls der Mensch, durch Änderung seiner Umgebung und dank seines Willens in Fussspitzengänger sich umwandeln würde(?), mit der Zeit eine neue Spezies von Fussspitzengänger-Menschen zustande käme(?).

Er glaubt, dass dadurch das fragliche Kapitel der Entstehung der Arten gewissermassen beleuchtet wird(?). Zum Schluss erwähnt er den Fall einer hysterischen Frau, die von spastischem Torticollis befallen wurde, nachdem sie ihre von Tetanus befallene Bettnachbarin zu sehen bekam. **Chrysospathes-Athen.**

60) **Binet** und **Heully** (Nancy). Les variétés anatomiques du pied creux. (Revue d'orthop. 1910. 2.)

Der Hohlfuss (Subluxation des Naviculare und Cuboid dorsalwärts, Inkurvation der Metatarsalia plantarwärts, Klauenzehen) kann rein vorkommen, ist aber häufiger mit einem Klumpfuss, selten auch mit einem Plattfuss vergesellschaftet. Das Leiden kann kongenital sein, oder durch Rachitis, Retraktion der Bänder und der Aponeurosis plantaris, oder durch Muskellähmung bedingt sein. — Bei einem 10 jährigen Mädchen war der Hohlfuss (mit leichtem Klumpfuss) am Ende des 2. Lebensjahres entstanden, und zwar im Anschluss an Masern. Ausser der Verkrümmung der Mittelfussknochen wurden Wadenatrophie, Retraktion der Plantaraponeurose und Klauenzehen beobachtet. **Ewald-Hamburg.**

61) **Lewy** (Berlin). Beziehungen zwischen Infektion und Plattfuss. (Deutsche med. Woch. 1909. Nr. 35. S. 1523.)

L. weist darauf hin, dass leicht bei infektiösen Prozessen der Fusswurzel (Gonorrhoe, Gelenkrheumatismus etc.) ein Plattfuss sich ausbilden könne durch entzündliche Veränderungen in den Knochen und Gelenken, die dann durch die Belastung verschlimmert werden. Die Therapie ist im wesentlichen die gleiche wie die des gewöhnlichen Plattfusses. **Ottendorff-Hamburg-Altona.**



62) **Giani** (Rom). Der M. tibialis anticus und die Pathogenese des statisch-mechanischen Plattfusses. (Zeitschr. f. orth. Chir. XXIII. Bd. 3—4. H. S. 564.)

G. hat bei früheren Untersuchungen am Lebenden gefunden, dass in den Fällen, bei denen der Tibialis anticus gar keine oder eine nur schwach adduzierende Wirkung hatte, sehr häufig Plattfuss oder Pes valgus bestand. Anatomische Studien an 300 Füssen haben ihn darüber belehrt, dass diese Schwäche der Adduktion darauf beruht, dass der Tibialis anticus ganz oder zum grössten Teil am ersten Keilbein und gar nicht oder nur in geringem Masse am Metatarsus I inseriert. Es bestand auch hierbei meistens Abflachung des Fussgewölbes. Verf. glaubt deshalb annehmen zu müssen, dass diese vorzugsweise Anheftung am Keilbein mit nachfolgender Adduktionsschwäche ätiologisch eine Rolle spiele. Diesen Fehler der Insertion betrachtet G. als angeboren.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

63) **Vidal** (Valence). Les talalgies et leur traitement. (Ueber Fersenschmerzen und ihre Behándlung). (Annales de chir. et d'orth. Bd. 22. Nr. 11. S. 332.)

V. beobachtete bei einem Soldaten eine Affektion beider Fersen, die sich ohne anderweitig bemerkbare Veränderungen in einer Schmerzhaftigkeit gegen Druck und beim Gehen äusserte. Eine Operation, bestehend in Ausräumung der Gewebe zwischen Haut und Calcaneus, brachte Linderung. Verf. glaubt als Ursache der Schmerzen eine Neuritis infolge mehrfachen Traumas annehmen zu müssen und führt die Wirkung der Operation auf die damit ausgeführte Neurektomie der entzündlich veränderten Nerven zurück. Eine Bursitis oder Exostose am Calcanens war durch den Befund bei der Operation auszuschliessen. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

64) **R. Tunstall** (Taylor). The treatment of flat-foot. The use and abuse of foot-plates. (Americ. journ. of orth. surg. 1909. Bd. VII. 2.)

Polemik gegen Crandon, der die Plattfusseinlagen für schädlich hält und für alle Füsse nur sog. Moccasins empfiehlt. Natürlich ist das Ziel der Behandlung, dem Fuss sein Gewölbe wiederzugeben und den Patienten zu befähigen, den Fuss selbständig richtig zu halten. Da erhebt sich die Frage: ist die Einlage die beste Art, den inneren Fussrand zu heben und zu stützen? Der Patient will natürlich einen leichten, schmerzlosen und elastischen Gang. Nach langjährigem Suchen kam T. zu dem Resultat, dass



die Beseitigung der Abduktion des Vorderfusses das Haupterfordernis ist zusammen mit einer genügenden Stütze des Gewölbes, die zu erzielen ist, wenn man die Fussstellung ändert. Darauf fussend, hat T. in den letzten 3 Jahren nie eine Einlage gegeben. Da das Gewölbe in extremer Adduktion des Vorderfusses höher wird, soll der Schuhmacher in dieser Stellung den Sohlenumriss nehmen und beim Anfertigen des Stiefels zugleich die Höhe des Gewölbes berücksichtigen. — Bei fixierten Plattfüssen muss durch Redressement, Ruhe, eventuell Gipsverband und Peroneentenotomie die richtige Stellung dem Fuss wiedergegeben werden. In schweren Fällen muss das „Gelenk" (des Schuhmachers) durch einen 3—4 cm. breiten von der Ferse bis zum Grosszehenballen reichenden federnden Stahlstreifen versteift werden, der zwischen Innen- und Aussensohle zu liegen kommt. Diese Feder kann später innen leichter gemacht werden und schliesslich ganz weg bleiben. **Ewald**-Hamburg.

65) **Rubritius.** Hammerzehenplattfuss und Klumpzehenplattfuss. (Bruns Beitr. z. kl. Chir. 66. Bd. 1. H. p. 136.)

Verf. konnte in der Prager chirurg. Klinik 3 Fälle dieser nicht häufigen Kombination von Fussdeformitäten beobachteten. In allen 3 Fällen gingen die Plattfussbeschwerden schon jahrelang voraus, ehe sich die Zehendeformität ausbildete. Verf. sieht daher im Gegensatz zu anderen Autoren den Plattfuss als das Primäre an. Die Zehenstellung bildet sich dann als eine Art funktionelle Entlastungsdeformität aus, indem durch sie die anatom. Veränderungen beim Plattfuss auszugleichen und die Schmerzen dadurch zu vermindern gesucht werden. **Balsch**-Heidelberg.

66) **H. O. Feiss** (Cleveland O). Modified Whitman brace for Calcaneus. (Am. journ. of orth. surg. 1909. Bd. VII. 1.)

Unterschenkelschiene für Hackenfuss, die das Sprunggelenk steifstellt und die Last des Körpers mittels eines breiten Lederstreifens der am oberen Ende der seitlichen Unterschenkelhülsen liegt, aufnimmt. Ausserdem macht F. die Seitenschienen, die sich mit einer Fusseinlage verbinden, breiter als Whitman. **Ewald**-Hamburg.

67) **Nové-Josserand** und **Francillon** (Lyon). Métatarsus varus congénital double avec tarsus valgus. (Revue d'orthop. 1910. 2.)

Das drei Monate alte Kind bot neben der Adduktionsstellung des Mittelfusses bezüglich der Fusswurzel ganz das Bild der Volk-



mannschen Deformität. Wie aber die Sektion des an Pneumonie gestorbenen Kindes ergab, bot das obere Sprunggelenk normale Verhältnisse — der Talus stand richtig in der Malleolengabel, dagegen war der Kalkaneus an dem Talus nach aussen subluxiert. Diese Deformität zusammen mit Metatarsus varus ist öfter beschrieben worden, letzterer kann jedoch auch allein vorkommen, oder beim Klumpfuss vorkommen. Mit Max Böhm wollen Verf. das Leiden als eine regressive Anomalie ansehen, da beim Affen und Australneger ähnliche Verhältnisse gefunden werden. **Ewald**-Hamburg.

Kongress- und Vereinsberichte.

73) **Fraenkel.** Aerztl. Verein in Hamburg biol. Abt. 8. III. 1910.

Demonstration zahlreicher Röntgenbilder von Foeten und Neugeborenen, die an der Knorpelknochengrenze der Rippen sowie an einzelnen Epiphysenlinien der langen Röhrenknochen die für Osteochondritis syphilitica congenita charakteristischen Veränderungen zeigen (Verbreiterung und Unregelmässigkeit der provisorischen Verkalkungszone). Typisch ist vor allem das symmetrische Auftreten. Auch am Lebenden kann die Diagnose gestellt werden.

Preiser demonstriert eine grosse Anzahl von Röntgenbildern von Lues congenita im Kindes- und Adolescentenalter. Man erkennt zystenartige Herde, manchmal von grosser Ausdehnung, häufig an den Epiphysengegenden, darum auch orthopädische Leiden (genu valgum) hervorrufend. Auf spezifische Behandlung stellen sich normale Verhältnisse wieder her. Auch Pr. hat die Herde immer symmetrisch auftreten sehen und macht besonders darauf aufmerksam, dass die hochgradigen Veränderungen, wie man sie im Röntgenbild erkennen kann, in keinem Verhältnis zu den Beschwerden stehen.

Fraenkel will den Ausdruck „Zyste" lieber durch das Wort Einschmelzungsherd ersetzt wissen. **Ewald**-Hamburg.

74) **O. Herbst.** Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde in Berlin 24 I. 10. (D. med. Woch. 1910. 9.)

8 Kinder mit Lues congenita, Hutchinsonsche Zähne und Kniegelenksentzündung. **Ewald**-Hamburg.

75) **Thibierge.** Société médicale des hôpitaux. 8. IV. 10. (Gazette des hôp. 1910. 42.)

2 Fälle von typischer Ostitis deformans (Paget) — beide Tibiae, Femora, Vorderarmknochen und Wirbelsäule waren befallen — gaben Th. die Ueberzeugung, dass es sich trotz der Aehnlichkeit beider Prozesse nicht um syphilitische Knochenerkrankungen handle. Die Wassermannsche Reaktion war negativ und die Quecksilberkur konnte den Prozess nicht aufhalten oder bessern. **Ewald**-Hamburg.

76) **Kaspar.** Aerztl. Verein in Nürnberg 20. I. 1910. (Münch. med. Woch. 1910. 17.)

3 Fälle von Barlowscher Krankheit, Aetiologie immer die längere Zeit durchgeführte, ausschliessliche Ernährung mit zu lang sterilisierter Milch aus



derselben Quelle. Anämie, Blutungen in die Haut, Conjunctiva, Haematurie In 2 Fällen auch subperiostale Blutungen und später Knochenverdickungen Veränderungen in der Epiphysenlinie, Frakturen. Immer prompte Heilung bei Nahrungsänderung. **Ewald**-Hamburg.

77) **König**. Aerztl. Verein Hamburg. 24. IV. 10.

Demonstration einer Anzahl Röntgenbilder von Frakturen von Menschen und Kaninchen, die während der Callusbildung aufgenommen sind. Die Hauptproduktion geschieht vom Periost aus, und zwar um so mehr, je stärker die Dislokation ist. Vom Mark und von der Compacta wird sehr wenig Callus gebildet. Unregelmässigkeiten in der Callusbildung sind auf starke Periostablösung, partielle oder völlige Weichteilinterposition zurückzuführen. Im letzteren Falle kommt es zur Pseudarthrosenbildung. Die Therapie besteht in solchen Fällen in kalter Stauung, Jodinjektion an der Bruchstelle, Zerreiben der interponierten Weichteile, bei bleibender Pseudarthrose Anfrischung der Bruchenden und Transplantation eines Periost-Knochenlappens. Schliesslich geht K. auf die Muskelverknöcherungen ein, die häufiger bei Luxation und Kontusionen ohne Knochenverletzung vorkommen, die er deswegen „frakturlose Callusbildungen“ nennt. Der Name Myositis ossificans sei falsch. Es sind parostale Ossifikationen im Muskel, die nur bei dazu disponierten Individuen vorkommen. Sie gehen später bis auf mehr oder weniger grosse Reste zurück und können mechanisch an den Gelenkbewegungen hinderlich sein, weshalb sie dann — aber auch nur dann — entfernt werden sollen. Im übrigen soll man eine drohende Versteifung durch öfteren Stellungswechsel des Gelenks im Verband möglichst zu bekämpfen suchen.

Arning fragt, ob zwischen der frakturlosen Callusbildung oder auch der Callusüberproduktion bei Frakturen ein Zusammenhang mit Lues zu finden war.

Dieser Zusammenhang ist von Kümmell und Lauenstein nicht konstatiert worden.

Deutschländer hat bei blutiger Frakturbehandlung öfter eine verzögerte Callusbildung beobachtet.

Kümmell wendet die blutige Frakturbehandlung nur im äussersten Notfall an.

Fränkel will das Wort „Callus“ nur bei Frakturen angewandt wissen, und wendet sich gegen die Bezeichnung: „frakturlose Callusbildung“.

Ewald-Hamburg.

78) **Chaput.** Société de chir. de Paris 19. I. 1910. (Revue de chir. 1910. 2.)

Ch. hat die verschiedenen Verfahren versucht, grosse ausgekratzte Knochenhöhlen zu füllen: die Höhlen mit Haut auszukleiden passt nur für die dicht unter der Haut liegenden. Knochenpfropfungen vom gleichen Individuum haben sich bewährt, vom fremden nicht. Metall- und Kalkplomben taugen nichts, die Mosetig-Plombe gibt gute Resultate, stösst sich aber öfter ab und kann toxisch wirken. Dagegen hat die Methode der Muskel- oder Fetteinpflanzung noch nie versagt. **Ewald-Hamburg.**

79) **Gangolphe.** Société de chir. de Lyon 27. I. 1910. (Rev. de chir. 1910. 3.)

Neben rezidivierenden Schulter- und habituellen Daumenluxationen hat G. auch habituelle Knie- und Hüftluxationen beobachtet, die andere Krankheiten (Tuberkulose) vortäuschen können. Immer handelte es sich um eine allgemeine angeborene Schlaffheit der Gelenke. Plattfuss, Genu valgum, Skoliose waren häufig. **Ewald-Hamburg.**

75) **Lexer.** Verein für wissenschaftliche Heilkunde in Königsberg in Pr. I. XI. 1909. (D. med. Woch. 1910. 13.)

18 jährig. Pat. mit Myositis ossificans progressiva. L. hat schon vor vielen Jahren nachgewiesen, dass die Knochenbildung tatsächlich mitten im Muskelbauch entsteht. **Ewald**-Hamburg.

76) **G. Alfred Lawrence** (New York). The clinical Society of the New-York postgraduate med. school and hospital 19. Nov. 1909. (the postgraduate 1910. 1.)

2 Geschwister von 14 und 16 Jahren zeigten neben Intelligenzdefekten Spasmen in den unteren Extremitäten, Reflexsteigerungen, Spitzfuss, Nystagmus. Die Krankheit soll vor 2 Jahren erst begonnen haben. Trotzdem hält sie L. für eine hereditäre spastische Paraplegie. (Entwicklungsstörung im Gehirn.) [Little? Ref.]

Hammond hat in diesen Fällen bei der Sektion eine Sklerose der gekreuzten Pyramidenbahnen gefunden.

Lawrence hält neben allgemeinen hygienischen Massnahmen bezgl. der Therapie Massage und Elektrizität für zweckmässig. **Ewald**-Hamburg.

77) **Hepner.** Aerztlicher Verein in Danzig 18. XI. 09. (Deutsche med. Woch. 1910. 16.)

Neuerungen in der orthopädischen Technik.

H. empfiehlt die Langesche Zelluloidstahldrahttechnik. Demonstration von Lagerungsapparaten für Skoliose, Spondylitis, ferner Klumpffussstiefel und Plattfusseinlagen. Die Leichtigkeit der Herstellung sowie die Billigkeit wird betont. **Ewald**-Hamburg.

78) **Göbell.** Mediz. Gesellsch. in Kiel 2. XII. 09. (Münch. med. Woch. 1910. 10.)

15 jähriger Little, an dem vor 4½ Monaten die Förstersche Operation (Durchschneidung der hinteren Lendenwurzeln) vorgenommen ist. Der Knabe geht jetzt mit geringer Unterstützung ganz gut, hat keine Spasmen mehr.

Ewald-Hamburg.

79) **Blencke.** Mediz. Gesellsch. zu Magdeburg. 2. XII. 09. (Münch. med. Woch. 1910. 12.)

Welche Erfolge können wir mit der heutigen Skoliosenbehandlung erzielen bezw. nicht erzielen?

Die Erfolge, die nach den Berichten in einzelnen Schulturnkursen (Düsseldorf) erreicht wurden, lassen sich selbst in den bestgeleiteten orthopädischen Anstalten nicht erzielen. Dies liegt einmal an der Art der Feststellung der Heilung und an der Scheidung zwischen Haltungsanomalien und Skoliose. Erstere können durch Gymnastik in gut geleiteten und beaufsichtigten Schulturnkursen geheilt werden. Auch beginnende Skoliosen können bei langdauernder Behandlung und Kontrolle bis zum abgeschlossenen Wachstum geheilt oder in ihrer Entwicklung aufgehalten werden, Skoliosen zweiten und dritten Grades dagegen können höchstens gebessert werden und gehören auf keinen Fall mehr in den Schulturnkurs. Die Gymnastik, namentlich aber das kritiklos angewandte Kriechen, kann u. U. direkt schädlich wirken.



Kirsch will nur von Schiefhaltung und von Schiefwuchs (Skoliose) sprechen. An 2000 Schulkindern hat er gesehen, wie die meisten schweren Verkrümmungen schon vor dem Schulbesuch vorhanden sind. In Säuglingspolikliniken hat K. dann dieselben schweren Skoliosen schon im 2. Lebensjahr gesehen. Die Schulturnkurse können nur der ungefährlichen Schiefhaltung zu Leibe gehen.

Thiemich fordert die Ermöglichung einer durchgreifenden Behandlung schon in den ersten Lebensjahren. **Ewald**-Hamburg.

80) **W. Boehme.** Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde in Berlin 24. I. 10. (D. med. Woch. 1910. 9.)

20 jähr. Patient mit Spondylitis und Fistel. In 1/2 Jahren wurden 92 Alttuberkulininjektionen (im Ganzen 3,0 gr.) gemacht. Keine Heilung, aber Besserung des Allgemeinbefindens und der Fistelsekretion. Neben den Tuberkulininjektionen Liegekur, Luftbäder, Bestrahlung mit blauem Licht.

Ewald-Hamburg.

81) **Hammond.** The clin. soc. of the New-York post-graduate med. school and hospital 19. XI. 1909. (the postgraduate 1910. 1.)

Vorstellung eines Mädchens mit hysterischem Torticollis, zweimal vergeblich an Muskeln und Nerven operiert. Der faradische Strom wirkte suggestiv heilend. **Ewald**-Hamburg.

82) **Haenisch.** Aerztl. Verein in Hamburg. 12. IV. 1910. (Hamburger Aerzte-Korrespondenz. 1910. 16).

12 Fälle von Periarthritis humero-scapularis (Bursitis subdeltoidea mit Kalkablagerung in den Schleimbeuteln). Die Röntgenbilder ergeben diffuse, strukturlose Schatten verschiedener Grösse und Dichtigkeit. Bei Nachuntersuchungen ist nach eingetretener Heilung der Schatten entweder verschwunden oder sehr viel kleiner geworden. In den nicht geheilten Fällen nimmt der Schatten an Grösse zu. Aetiologie: häufig Trauma. Die Grösse der Kalkablagerung dürfte keinen Anhalt für den Grad der Beschwerden geben.

Therapie: zuerst Ruhigstellung, dann Massage, Heissluft und Gymnastik, ev. Exstirpation des Schleimbeutels. **Ewald**-Hamburg.

83) **Preiser.** Aerztl. Verein in Hamburg 12. VI. 10.

Wiedervorstellung einer Frau, bei der sich vor mehreren Wochen eine Subluxation des Humerus nach unten und Unmöglichkeit den Arm im Schultergelenk zu erheben, allmählich eingestellt hatte; ausserdem Infiltration des unteren Oberarmdrittels. Auf Massage verschwand die Infiltration, nach und nach auch die Subluxation (Röntgenbild), und die Beweglichkeit in der Schulter stellte sich wieder her. Preiser glaubt an eine Embolie von einer Thrombose eines Varix cruris aus. **Ewald**-Hamburg.

84) **Engelen.** Verein der Aerzte Düsseldorfs. 8. XI. 09. (D. m. W. 1910. 16.)

Erbsche Plexuslähmung beim Erwachen bemerkt. Da andere Faktoren auszuschliessen sind, muss man annehmen, dass der erste Plexusstamm durch



ungünstige Lagerung im Schlafe zwischen Clavicula und I. Rippe gequetscht wurde. Die Erscheinungen sind jetzt im Rückgang begriffen. In einem andern Fall war die Lähmung nach Stichverletzung entstanden. Naht der V. u. VI. Cervicalwurzel führte zu vollständiger Heilung. **Ewald**-Hamburg.

85) **Peiper.** Mediz. Verein in Greifswald 9. XII. 1909. (Deutsche med. Woch. 1910. 16.)

Fall von Entbindungslähmung. Die Behandlung besteht in Faradisation, Massage und Festlegung des gesunden Arms (Payr). Der Erfolg war in fünf Fällen ein sehr befriedigender. **Ewald**-Hamburg.

86) **Durand.** Société de chir. de Lyon 22. XII. 09. (Rev. de chir. 1910. 3.)

Bericht über eine 38 jähr. Frau mit Ellenbogengelenkstuberkulose, wo das Gelenk reseziert und dann mit der Mosetigplombe gefüllt wurde. Heilung in 3 Monaten. **Ewald**-Hamburg.

87) **Preiser.** Aerztlicher Verein in Hamburg biol. Abt. 19. IV. 10.

Demonstration von Röntgenbildern eines Mannes, der zweimal in der Jugend eine Ellenbogenluxation durchgemacht hatte. Starke Arthritis deformans der Gelenkenden, ausserdem eine Menge von grossen und kleinen freien Körpern im Gelenk. Pr. glaubt mit Veit, dass die Körper aus der Synovialis infolge anormaler Druckverhältnisse entstehen. **Ewald**-Hamburg

88) **van der Bossche.** Société de chir. 1910. 19. I. (Revue de chir. 1910. 2.)

4 Fälle von Osteom im brachialis internus, 2 nach Lux. cubiti post, die zweimal sofort reponiert, einmal nicht reponiert, einmal mit Fraktur des proc. coronoid. kompliziert war. Ausgang in völlige oder partielle Spontanresorption. Einmal Exstirpation im 6. Monat und Rezidiv.

Ewald-Hamburg.

89) **Destot.** Société de chir. de Lyon. 25. XI. 09. (Revue de chir. 1910. 2.)

23 jähr. Mann mit kongenitaler Synostose der beiden Vorderarmknochen am oberen Ende. Pro- und Supination aufgehoben.

Ewald-Hamburg.

90) **Preiser.** Aerztl. Verein in Hamburg. 26. IV. 10.

Junge mit angeborener doppelseitiger Supinationsstörung der Hände, rechts teilweise, links völlig. Links liegt scheinbar eine Luxation des Radiusköpfchens vor. Nach dem Röntgenbild sind die knöchernen Gelenkteile am Ellenbogen annähernd normal, man muss aber wohl annehmen, dass die Knorpel- und Kapselteile eine Einbusse in ihrer Ausbildung erlitten haben. Beugung und Streckung im Ellenbogen sind normal. **Ewald**-Hamburg.

91) **Vallas.** Société de chir. de Lyon 23. XII. 09. (Revue de chir. 1910. 3.)

Bei einer Vorderarmfraktur, bei der das Röntgenbild im Gipsverband eine schlechte Stellung der Fragmente ergab, reponierte V. blutig. Trotzdem in diesem Fall das Endresultat ein gutes war, spricht sich V. im Prinzip gegen die blutige Behandlung geschlossener Frakturen aus. **Ewald**-Hamburg.



92) **Preiser.** Aerztl. Verein in Hamburg biol. Abt. 22. III. 10.

Demonstration zahlreicher Röntgenbilder von Handgelenken von fünf Patienten, die nach einem Trauma Schmerzen bekommen hatten: Während sich einige Tage nach dem Unfall im Röntgenbilde nur eine kreisrunde Aufhellung im Hals des os naviculare fand, war später eine deutliche Fraktur nachweisbar. Es wurde die grösste Vorsicht bezgl. Röhrenzentrierung und Handgelenksstellung beobachtet. Das Bild hatte anfangs Aehnlichkeit mit tuberkulöser Karies und Lues; beides konnte aber in allen Fällen ausgeschlossen werden. Nach Untersuchungen an skelettierten Kahnbeinen und Gefässinjektionen tritt ein Teil der ernährenden Arterien für das os naviculare durch das lig. navilunatum dorsale in den Knochen. Wird dieses beim Trauma abgerissen, so leidet die Ernährung, es kommt zu einer rareficierenden Ostitis, die sich als Aufhellung im Röntgenbild dokumentiert und schliesslich zur Fraktur führen kann.

Haenisch hält die Fälle für primäre Frakturen und glaubt nicht an ein besonderes Krankheitsbild.

Preiser gibt die Möglichkeit von Infraktionen zu. Er warnt vor Verwechselungen mit Tuberkulose. **Ewald**-Hamburg.

93) **Durand.** Société de chir. de Lyon 20. 1. 10. (Revue de chir. 1910. 3.)

Eine Luxation des os lunatum nach vorn behinderte durch Druck auf Sehnen und Nerven die Funktion der Hand so, dass D. 2 Jahre nach dem Unfall zur Resektion des Knochens schritt. Er fand ihn nicht nur luxiert, sondern auch frakturiert. Später war das funktionelle Resultat sehr befriedigend.

Ewald-Hamburg.

94) **Van den Bossche.** Société de chir. de Lyon 23. XII. 09. (Revue de chir. 1910. 3.)

Nach 10 Injektionen von Kreosotöl (Calot) gab B. die konservative Behandlung einer Handgelenkstuberkulose auf und resezierte das Gelenk.

Ewald-Hamburg.

95) **Payr.** Mediz. Verein in Greifswald 9. XII. 1909. (Deutsche med. Woch. 1910. 16.)

Nach Panaritium war an einer Fingerkuppe eine äusserst schmerzhafte Narbe enstanden. Exzision der ganzen Fingerkuppe und Ersatz derselben durch einen Brusthautlappen führte zu einem kosmetisch und funktionell vollkommenen Resultat. **Ewald**-Hamburg.

96) **Preiser.** Aerztlicher Verein in Hamburg. 26. IV. 1910.

Demonstration eines Knaben mit angeborener fibröser Versteifung der Mittelgelenke beider Daumen. Der Vater hat dieselbe Anomalie am linken Daumen. Am Röntgenbild zeigt sich keine Knochenveränderung. Eigentümlich ist, dass jetzt — im Pubertätsalter — eine Beweglichkeit in den versteiften Gelenken eintritt und infolge mediko-mechanischer Behandlung zunimmt. **Ewald**-Hamburg.

97) **Dreesmann.** Allgemeiner ärztl. Verein zu Köln 10. I. 1910. (Münch. med. Woch. 1910—12.)

Neue Erfahrungen auf dem Gebiete der angeborenen Hüftverrenkung.



Wahrscheinlich besteht die Ursache der angeborenen Hüftverrenkung in einer Behinderung der Innenrotation der Schenkelhalsachse. Wenn gleichzeitig die Innenrotation der Kondylenachse behindert ist, kann eine Retroversion zustande kommen, sonst eine Anteversion. Dadurch, dass der Schenkelhals sich nicht in die Frontalebene einstellt, sondern sagittal stehen bleibt, wird auch die ungenügende Ausbildung der Pfanne bedingt. Die Ursache der Behinderung der Innenrotation muss in den räumlichen Verhältnissen des Uterus erblickt werden. Dass beim weiblichen Geschlecht die Luxation häufiger ist, kommt daher, dass schon im 5. Foetalmonat das Becken breiter ist. Die Luxation braucht im Uterus nicht zustande zu kommen, nur die Anlage dazu (Abflachung der Pfanne). Die Ursache der räumlichen Beengung liegt in der Uteruswand (relativ häufig hat das erste Mädchen die Luxation!) Für die Beengungstheorie sprachen auch die Veränderungen der gesunden Seite. Diagnostisch kommt die Richtung des Schenkelschaftes (Joachimsthal), die Lage der art. cruralis zum Kopf, das Trendelenburgsche Phänomen inbetracht. Die Röntgenbilder, in Aussen- und Innenrotation aufgenommen, geben Aufschluss über den Grad der Anteversion.

Nach der Einrenkung, die ohne Gewaltanwendung vorgenommen werden soll, soll die Stellung des Beins so gewählt werden, dass die Schenkelhalsachse senkrecht zur Pfanne steht. Die funktionelle Belastung ist gut, aber sie muss in der Richtung des Schenkelschaftes wirken (Kniekappe d. Vortr!) Bei dieser Behandlung nimmt die Anteversion ab, bei misslungener Repositon bleibt sie. — In 70% der Fälle Heilung, in letzter Zeit noch mehr.

Wette: Als Komplikation der Reposition ist die sekundäre Coxa-varabildung anzusehen. Eine traumatische Form tritt gleich nach der Operation auf, eine andere Form erst jahrelang nach erfolgter Reposition. — Von dem Wert der funktionellen Belastung konnte sich W. nicht überzeugen.

Ewald-Hamburg.

98) **Goebell.** Medizin. Gesellschaft in Kiel 2. XII. 09. (Münch. med. Woch. 1910. 10.)

Demonstration dreier Kinder mit kongenitaler Hüftluxation, wo G. wegen Anteversion des Schenkelhalses die Schedesche Fixierung in Innenrotation und spätere Osteotomia femoris und Beseitigung der Innenrotation ausgeführt hat. Das Verfahren, das gute Erfolge gezeitigt hat, wird für ähnliche Fälle empfohlen. **Ewald**-Hamburg.

99) **Coville** (Orléans). Société de chir. de Paris 19. I. 1910. (Rev. de chir. 1910. 2.)

Ein 14 jähr. bisher nicht behandeltes Mädchen mit angeborener Hüftverrenkung bekam im Laufe der Jahre Flexions- und Adduktionstellung beider Beine, sodass sie fast gar nicht mehr gehen konnte. Links wurde mit einer queren subtrochanteren Osteotomie und nachfolgendem Extensionsverband (5 Monate!) die Stellung des Beins korrigiert, dem Kopf ein besserer Stützpunkt gegeben und der Patientin ein leidliches Gehen ermöglicht.

Ewald-Hamburg.

100) **Vignard.** Sociéte de chir. de Lyon 16. XII. 09. (Revue de chir. 1910. 2.)

Nach vergeblicher konservativer Behandlung kratzte V. bei einer Coxitis,



die durch einen Herd in Kopf und Hals bedingt war (Röntgenbild!), diesen Herd aus und plombierte die Höhle zwei Tage später. 2 Monate später ist feste Vernarbung eingetreten, nach 10 Monaten ist auf dem Röntgenbild nichts von der Jodoformplombe mehr zu sehen, die Bewegungen im Hüftgelenk sind frei, keine Verkürzung des Beines. **Ewald**-Hamburg.

101) **Lagoutte** (Creusot). Société de chir. de Lyon. 16. XII. 09. (Revue de chirg. 1910. 2.)

In einem Fall von Oberschenkel- und 3 Fällen von Unterschenkelfraktur, wo eine unblutige Reposition nicht möglich war, hat L. die Frakturstelle geöffnet und die Fragmente mit dem Lambotteschen Apparat verschraubt. L. empfiehlt das Verfahren, das er 15 mal angewandt hat.

Ewald-Hamburg.

102) **Savariaud.** Société de chir. de Paris 19. I. 1910. (Revue de chir. 1910. 2.)

Demonstration zweier Patienten mit Oberschenkelfraktur im unteren Drittel behandelt mit Gehapparaten. Gutes Resultat, nur 1,5 cm. Verkürzung.

Tuffier ist nach vielen Versuchen mit Gehverbänden dazu zurückgekehrt, die Fraktur exakt zu reponieren und zu immobilisieren.

Lucas-Championnière hält auch nichts von den Gehapparaten, legt aber das Hauptgewicht auf eine gute, tragfähige Achse, auf bewegliche Gelenke und Erhaltung der Muskelkraft.

P. Delbet hat mit den Gehverbänden gute Erfolge erzielt.

Ewald-Hamburg.

103) **Blencke.** Mediz. Gesellschaft in Magdeburg 2. XII. 1909. (Münch. med. Woch. 1910. 12.)

Demonstration zweier Erwachsener mit Kniegelenkstuberkulose, die nur mit Stauung und einem abnehmbaren Gipsverband mit Entlastungsbügel (nach Fränkel) behandelt wurden. Später Lederapparat. In dem einen Fall wurde fast normale aktive Beweglichkeit erzielt. Im zweiten Fall, wo eine fast rechtwinklige Flexionskontraktur bestand, wurde diese durch einen geteilten Gipsverband, dessen Teile durch Braatzsche Sektorenschienen mit einander verbunden waren, gestreckt. Die Stauungen bewirkten Nachlass der Schmerzen. Der Patient kann jetzt schon das Knie um 45° beugen und strecken.

Ewald-Hamburg.

104) **Moszkowicz.** K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien. (Münch. med. Woch. 1910. 10.)

Einem 27 jährigen Mann wurde wegen Sarkom ein 18 cm. langes Femurstück reseziert. Implantation eines Fibulastücks mit Periost in Femur und Tibia. Nach $3^1/_2$ Monaten kann der Mann im Schienenhülsenapparat gehen. Ein ähnlich behandelter Fall liegt $^5/_4$ Jahr zurück. Hier erkennt man am Röntgenbild deutlich die Verbreiterung der Fibula, die hoffen lässt, dass der Mann auch einmal ohne Apparat wird gehen können.

Ewald-Hamburg.



105) **Gayet.** Société de chir. de Lyon 13. I. 10. (Revue de chir. 1910. 3.)

Ein 16 jähr. Junge zog sich kurz nach einander eine Epiphysenlösung an beiden unteren Unterschenkelenden zu. (Röntgenbild.) Symptome wie bei der typischen Malleolarfraktur, ebenso die Therapie. Funktion später gut, keine Wachstumstörungen. **Ewald**-Hamburg.

106) **Preiser.** Aerztl. Verein in Hamburg. 12. IV. 1910.

Demonstration eines 45 jährig. Mannes, bei dem eine schmerzlose Schwellung eines Fusses aufgetreten war. Die Frakturen und Zertrümmerungen der Fusswurzel- und Mittelfussknochen, die das Röntgenbild ergab, scheinen Frühsymptome der Tabes zu sein. (Pupillen ungleich, Romberg negativ, Patellarreflexe gesteigert.)

Ein weiterer Fall zeigt Arthropathia tabica des Schultergelenks und Handgelenks. Vom Humerus war der Kopf völlig resorbiert.

Ewald-Hamburg.

107) **Play** und **Sézary.** Société de neurologie de Paris 10. III. 10. (Gaz. des hôp. 1910. 32.)

Unter Demonstration eines Falls von Mittelfussarthropathie bemerken die Vortr., dass sie den Prozess eher für einen nervösen als für einen syphilitischen halten. Dafür spricht neben der Indolenz die bestehende Hyperhydrosis und ein Mal perforant. **Ewald**-Hamburg.

108) **Destot.** Société de chir. de Lyon 27. I. 10. (Rev. de chir. 1910. 3.) Ueber den traumatischen Plattfuss.

Nach Frakturen, auch gut geheilten, ja schon nach Distorsionen kommt es oft zu Plattfussbeschwerden. Nach 3—4 Jahren hat D. als Zeichen der gestörten Statik Osteophyten am Talus gefunden (Kopf und vordere Rolle). D. erklärt diese Osteophytonbildung aus der veränderten Stellung des Talus zur Tibia. **Ewald**-Hamburg.



Kirmisson, Angeborene Skoliosis. — 28) **Enderlen,** Serratuslähmung. — 29) **Kawamura,** Exstirpation des Schulterblattes. — 30) **Pfister,** Diagnose von Schulterverletzungen durch Röntgenaufnahme. — 31) **Lièvre-Brizard,** Beweglichkeitsapparat für das Schultergelenk. — 32) **Lucas-Championnière,** Humerusfrakturen. — 33) **René Facque,** Resektion des Oberarmkopfes bei Humerusfrakturen. — 34) **Marcus,** Myositis ossificans traumatica. — 35) **Kirmisson,** Volkmannsche Ischämie. — 36) **Jacoulet,** Dupuytren-Madelungsche Krankheit. — 37) **Stewart,** Hernie des Muscul. Adductor pollicis. — 38) **Engel,** Erwerbseinbusse durch Fingerverluste. — 39) **Guelt,** Diagnose bei Ischias und Schmerzen im Ileosakralgelenk. — 40) **Puyhaubert,** Messung der Beweglichkeit im Hüftgelenk. — 41) **Grisel,** Rheumatismusartige Schmerzen im Anschluss an Mittelohrentzündung. 42) **Binet,** Diaphysenfrakturen des Femur beim Kind. — 43) **Billon,** Angeborene Kniescheibenluxation. — 44) **Petit,** Behandung bei Patellarfrakturen. — 45) **Blecher,** Heftpflasterverbände bei traumatischen Kniegelenksergüssen. — 46) **Gümbel,** Brüche des Schienbeinkopfes. — 47) **Knoke,** Extensionsbehandlung der Unterschenkelfrakturen. — 48) **Broca** und **Phélip,** Epiphysenlösung der Tibia. — 49) **Möhring,** Prothese für den Pirogoffstumpf. — 50) **Chrysopathes,** Volkmannsche Sprunggelenksdeformität. — 51) **Lengfellner,** Der Fuss des Neugeborenen. — 52) **Cramer,** Verletzung im Lisfrancschen Gelenk. — 53) **Tubby,** Verkürzung der Achillessehne. — 54) **Chutro,** Kalkaneusfrakturen. — 55) 56) **Boerner, Chrysopathes,** Calcaneussporn. — 57) **Morton,** Plattfuss und Kalkaneussporn. — 58) **Cramer,** Pes equinus congenitus. — 59) **Divaris,** Pes equinus hystericus. — 60) **Binet** und **Heully,** Der Hohlfuss. — 61) **Lewy,** Infektion und Plattfuss. — 62) **Giani,** M. tibialis anticus und die Pathogenese des Plattfusses. — 63) **Vidal,** Fersenschmerzen und ihre Behandlung. — 64) **Tunstall,** Plattfussbehandlung. — 65) **Rubritius,** Hammerzehen- und Klumpzehenplattfuss. — 66) **Feiss,** Modifizierte Whitmanschiene. — 67) **Nové-Josserand** und **Francillon,** Metatarsus varus und tarsus valgus. —

Aus Kongress- und Vereinsberichten: 68) **Fraenkel,** Osteochondritis syphilitica congenita. — 69) **Herbst,** Lues congenita. — 70) **Thibierge,** Ostitis deformans. — 71) **Kaspar,** Barlow'sche Krankheit. — 72) **König,** Röntgenbilder von Frakturen. — 73) **Chaput,** Füllung von Knochenhöhlen. — 74) **Gangolphe,** Schlaffheit der Gelenke. — 75) **Lexer,** Myositis ossificans progressiva. — 76) **Lawrence,** Hereditäre spastische Paraplegie. — 77) **Hepner,** Neuerungen in der orthopädischen Technik. — 78) **Göbell,** Förstersche Operation. — 79) **Blencke,** Erfolge der heutigen Skoliosenbehandlung. — 80) **Boehme,** Spondylitis und Fistel. — 81) **Hammond,** Hysterische Torticollis. — 82) **Haenisch,** Periarthritis humeroscapularis. — 83) **Preiser,** Subluxation des Humerus. — 84) **Engelen,** Erb'sche Plexuslähmung. — 85) **Peiper,** Entbindungslähmung. — 86) **Durand,** Ellenbogengelenkstuberkulose. — 87) **Preiser,** Arthritis deformans. — 88) **van der Bossche,** Osteom im brachialis internus. — 89) **Destot,** Congenitale Synostose. — 90) **Preiser,** Angeborene Supinationsstörung der Hände. — 91) **Vallas,** Vorderarmfraktur. — 92) **Preiser,** Röntgenbilder von Handgelenken. — 93) **Durand,** Luxation des os lunatum. — 94) **van der Bossche,** Behandlung einer Handgelenkstuberkulose mit Kreosotöl. — 95) **Payr,** Exzision der Fingerkuppe und Ersatz derselben. — 96) **Preiser,** Angeborene fibröse Versteifung der Mittelgelenke beider Daumen. — 97) **Dreesmann,** Angeborene Hüftverrenkung. — 98) **Goebell,** Schedesche Fixierung. — 99) **Coville,** Angeborene Hüftverrenkung. — 100) **Vignard,** Coxitis. — 101) **Lagoutte,** Lambottescher Apparat bei Oberschenkel- und Unterschenkelfraktur. — 102) **Savariand,** Gehapparate bei Oberschenkelfraktur. — 103) **Blencke,** Stauung bei Kniegelenkstuberkulose. — 104) **Moszkowicz,** Implantation eines Fibulastücks mit Periost in Femur. — 105) **Gayet,** Epiphysenlösung an beiden Unterschenkelenden. — 106) **Preiser,** Frakturen und Zertrümmerungen der Fusswurzelknochen. — 107) **Play** und **Sézary,** Mittelfussarthropathie. — 108) **Destot,** Ueber den traumatischen Plattfuss. —

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. Dr. **O. Vulpius** in Heidelberg, Luisenstr. 1—3, oder an die Verlagsbuchhandlung **S. Karger** in Berlin NW 6, Karlstr. 15, einsenden.



Zentralblatt

für

Chirurgische und mechanische Orthopädie

einschliesslich der gesamten Heilgymnastik und Massage.

Redigiert von **Prof. Dr. O. Vulpius** in Heidelberg.

Verlag von **S. Karger in Berlin** NW., Karlstrasse 15.

Monatlich erscheint ein Heft im Umfang von 48 Seiten. Preis des Jahrgangs Mk. 15,—. Zu beziehen durch die Post und durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes.

Bd. IV. **September 1910.** **Heft 9.**

Zur Technik der Behandlung von Wirbelsäulenverkrümmungen.

Von

S.-R. Dr. SEIFFERT,

leitender Arzt des fürstbischöfl. Krüppelheims Georgstift Beuthen O.-S.

Bei den zahlreichen Fällen von Verkrüppelung durch Kyphose und Skoliose und bei der noch geringen Vollkommenheit unserer Heilerfolge dürfte jede kleine Verbesserung der Technik unserer Behandlungsweise willkommen sein. Eine solche Verbesserung scheint mir in dem seit Jahresfrist hier geübten Verfahren bei Eingipsung von Wirbelsäulenverkrümmungen erreicht. Schon lange wird ja die Redression derselben durch eingipsbare Pelotten betrieben (Wullstein) und werden Skoliosen unter Suspension im Beelyschen Rahmen durch elastische Züge mobilisiert und redressiert (Haudek). Während aber die Pelotte unter Umständen sehr brüsk und nur auf dem prominentesten, gefährlichsten und leicht einem Dekubitus ausgesetzten Punkt der Verkrümmung wirkt, hat man die schonendere und mindestens gleich ausgiebig zu gestaltende Redression durch elastische Züge im Gipsverband nicht fixiert und geht dadurch des Vorteils einer dauernden, günstigen Beeinflussung des Knochenwachstums verlustig.

Er wird leicht, schonend und ausgiebig erreicht durch das hier geübte Verfahren: Ueber die Höhe der Vorbuckelungen des im Beelyschen Rahmen suspendierten Kindes werden nach Erfordern mehr oder minder breite Filzstreifen gelegt und nach der Seite der Konkavität des Buckels angespannt. Dies geschieht durch allmähliches Aufrollen von Bändchen, die an den beiden Filzenden befestigt, über je eine



Rädchenrinne zu je einer um ihre Längsachse drehbaren Rolle geführt und dort festgeknüpft werden. Nach Massgabe des Falles kann man aber auch beide Bändchen desselben Filzstreifens über je eine Rädchenrinne laufen lassen. Je eine Rolle und je zwei Rädchen sind auf je einem wagerechten Stahlträger angebracht, der an den Seitenbalken des Beelyschen Rahmens leicht zu jeglicher Höhe, der Deformität entsprechend, verschoben werden kann. Durch besondere Kurbeln

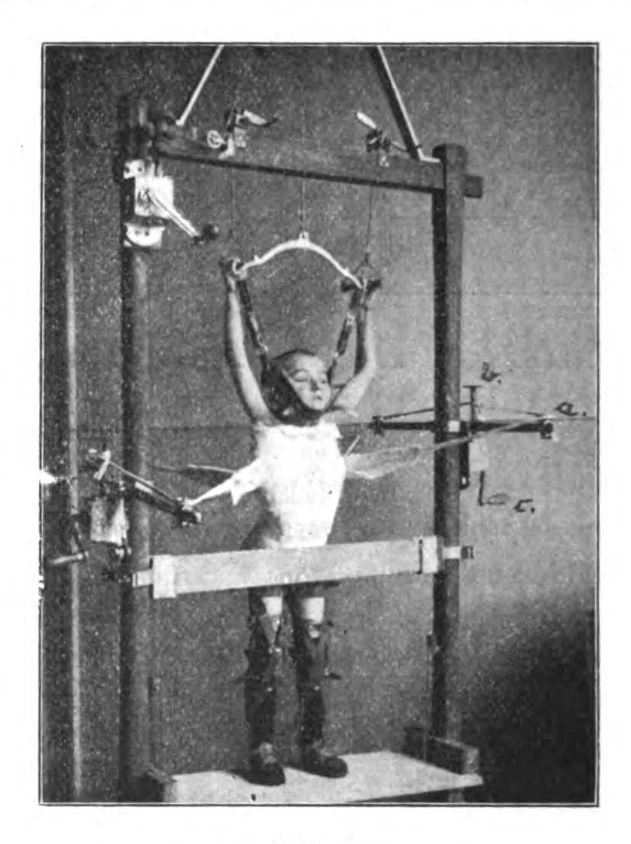


Fig. 1.

a = Rädchenrinne
b = Rolle
c = Kurbel zum Antrieb der Rolle b

werden die Rollen ganz leicht und allmählich um ihre Längsachsen gedreht. Dadurch werden die Bändchen aufgewickelt, der Filz gespannt, die Vorbuckelungen langsam, gleichmässig, kräftig und doch schonend, soweit als zweckdienlich, redressiert, mag es sich um Kyphose, Skoliose, Kyphoskoliose, Wirbelsäulen- oder Rippenbuckel handeln.

Nun folgt die gewöhnliche Eingipsung über die dem Körper anliegenden Filzstreifen hinweg. Da, wo sie dem Körper nicht mehr anliegen, werden die Gipsbinden um sie herumgeführt, sodass schliesslich die Enden der Filzstreifen wie an dem Gipskorsett befestigte Bänder aus

diesem hervorkommen. Sie können abgeschnitten oder über dem fertigen Korsett festgebunden werden.

Die beiden Bilder dürften die Beschreibung verständlicher machen. Beide Male handelt es sich um rachitische Verkrümmungen: bei I

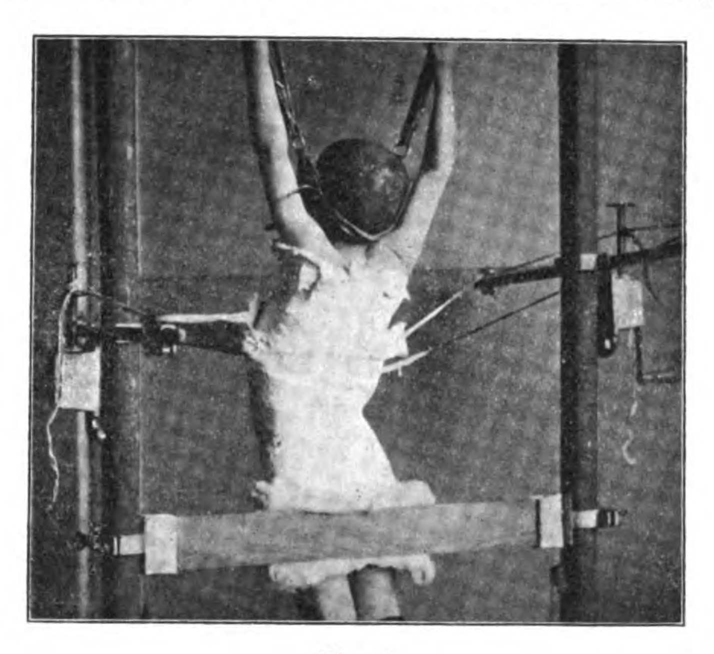


Fig. 2.

kyphotische Verwölbungen von Wirbelsäule und Brustbein, bei II skoliotische Verbiegungen von Wirbelsäule und Rippen. Träger mit verschiebbaren Rädchen und Rollen mit Kurbelgewinden werden, für Beelyschen Rahmen verwendbar, bei hiesiger orthopädischer Firma Heinrich, Dyngosstr. 44, angefertigt.

Lubinus. Die Verkrümmungen der Wirbelsäule, ihr Wesen und ihre Behandlung. Mit 91 Abbildungen. Wiesbaden 1910, J. F. Biegmann. Preis 2,80 Mark.

Das Büchlein ist für den praktischen Arzt, vor allem aber für die Gymnastinnen bestimmt, welche der Verf. seit 10 Jahren in Massage und Heilgymnastik unterrichtet. Durch die Gewinnung solcher in 2jährigem Unterricht geschulter Hilfskräfte will L. eine erfolgreiche Behandlung der Rückgratsverkrümmungen auch in kleineren Städten und auf dem Lande ermöglichen, wo die Benutzung orthopädischer Anstalten ausgeschlossen ist. Die Uebungen sind gut ausgewählt und deutlich illustriert. Einzelnes fordert zum Widerspruch heraus, so die Forderung konvexseitiger Muskelkräftigung.

Vulpius-Heidelberg.

Van den Velden. Der starr dilatierte Thorax. Mit 6 Tafeln und 7 Textabbildungen. Stuttgart 1910, F. Enke. Preis 7 Mark.

Verf. bespricht zunächst die anatomischen und physiologischen Grundlagen der normalen Thoraxbeweglichkeit, ihre Störungen und deren Folgen. Weitere Abschnitte befassen sich mit der Diagnostik und der Mobilisierung des starr dilatierten Thorax. 18 Fällen aus der Litteratur fügt Verf. 10 eigene Operationen hinzu. Er empfiehlt auf Grund der festgestellten Erfolge Exzision von 3—5 Rippenknorpeln resp. Rippen unter Schonung der 1. Rippe und zunächst einseitige Operation. **Vulpius**-Heidelberg.

Thiem. Handbuch der Unfallerkrankungen. 2. Auflage. Mit 65 Abbildungen. Stuttgart 1910, F. Enke.

Vom II. Band liegt nunmehr der 1. Teil mit 46 Druckbogen vor. Er enthält in mustergültiger Vollständigkeit und Uebersichtlichkeit die Darstellung von:

Verletzungen und Erkrankungen des Schädels und Gesichtes, des Gehirnes und seiner Häute, des Rückens und Rückgrats, des Rückenmarkes und seiner Häute, der peripheren Nerven, Geistesstörungen nach Unfällen, die funktionellen Neurosen, Verletzungen und Erkrankungen des Gehörorgans, des Auges uud seiner Schutzorgane.

Ein umfangreiches Litteraturverzeichnis ist dem Band vorangestellt. **Vulpius**-Heidelberg.

Wollenberg. Aetiologie des Arthritis deformans. Mit 28 Abbildungen. Stuttgart 1910, F. Enke. Preis 2 Mark.

Die kleine Schrift ist ein Sonderabdruck aus der Zeitschrift für orthopädische Chirurgie, Band 24, Heft 3/4, eine erneute Besprechung erübrigt sich. **Vulpius**-Heidelberg.

Forty-Second Year-Book of the New York Orthopaedic Dispensary and Hospital.

Der vorliegende 42. Jahresbericht umfasst in Wort und Bild die 1908-09 geleistete Arbeit im Stadt-Spital sowohl wie im Land- und Arbeitsheim.

Zwischen 4 und 5 Tausend Patienten wurden behandelt. Einige Anlagen berichten über die einmaligen und jährlichen reichen Schenkungen und über die vielfache und erfolgreiche Werbearbeit auf dem Gebiet der Krüppelfürsorge. **Vulpius**-Heidelberg.

Lubszynski. Angeborene und erworbene Deformitäten des Kniegelenkes. Mit 87 Abbildungen. Stuttgart 1910, F. Enke. Preis 5 Mark.

Die angeborenen Deformitäten werden nur flüchtig besprochen. Die erworbenen Deformitäten und Funktionsstörungen trennt Verf. in paralytische und nicht paralytische und teilt dieselben wiederum nach physiologisch normalen und abnormen Bewegungsrichtungen. Diese Einteilung erscheint dem Ref. nicht glücklich gewählt. An welchen Leserkreis sich das Buch wendet, ist nicht klar ersichtlich. Für den Orthopäden ist die Darstellung nicht eingehend genug.

Vulpius-Heidelberg.

J. Riedinger (Würzburg). Vergesst die Krüppel nicht! Würzburg 1910. Druckerei H. Stürtz A.-G.

Mit der kleinen Flugschrift will R. einer örtlichen Krüppelfürsorge in Unterfranken, der Gründung eines Fürsorgevereines und einer Anstalt in Würzburg die Wege ebnen. **Vulpius**-Heidelberg.

1) **M. Böhm** (Berlin). Ueber die Ursachen der jugendlichen Rückgratsverkrümmungen. Berliner Klinik 260, Februar 1910.

Nach B. sind die Bezeichnungen „habituelle und Schul-Skoliose" überlebt. Das skoliotische Rumpfskelett verdankt seine Deformierung der Rachitis mit ihrem schädigenden Einfluss auf Knochenform und -Wachstum oder aber embryonalen Entwicklungsstörungen. Letztere sind entweder cirkumskripter Natur (Wirbel- und Rippen-Verschmelzungen, Defekte etc.) oder allgemeiner Natur hinsichtlich des Aufbaues und der Zusammensetzung der Wirbelsäule (fehlerhafte Differenzierung, numerische Variation). Wo weder Rachitis, noch Anomalien der Wirbelsäule nachweisbar sind, nimmt B. Mängel unseres anatomischen bzw. röntgenologischen Erkennungsvermögens an.

Jedenfalls sind Rachitis und kongenitale Verhältnisse die zwei wesentlichen ursächlichen Faktoren, zu denen als sekundäre Momente hinzukommen: Wachstum, Belastung, Funktion, Kompensationsbestrebungen des Organismus. **Vulpius**-Heidelberg.

---

2) **Forest Willard** und **Benjamin L. Singer** (Philadelphia). Multiple hand and foot deformities in the third, fourth, seventh and ninth Children of the same family; the others being normal and the parents normal. (Amer. journ. of orth. surg. 1910. Bd. VII. Nr. 3.)

Die vier Kinder hatten die gleichen angeborenen Deformitäten:



Hummerscheeren an den Füssen und Spalt- resp. Stumpfbildungen an Hand und Fingern.

Bericht über ähnliche Missbildungen, beobachtet an zahlreichen Familienmitgliedern viele Generationen hindurch.

Ewald-Hamburg.

3) **Altschul.** Die Sarkome der langen Röhrenknochen. (Beitr. zur klin. Chir. 67. Bd. (Festband für Wölfler) p. 359.)

Verfasser stellt 63 Fälle von Sarkomen der Röhrenknochen aus der Prager Klinik zusammen, 35 davon kamen zur Operation. Am häufigsten befallen sind Femur und Tibia, und von Altersstufen die Jahre 15—25. Von den 35 operierten sind 8 als dauernd geheilt anzusehen = 23% und zwar ergibt die Durchsicht, dass die myologenen schaligen Sarkome die beste Prognose bieten, eine ganz schlechte Prognose dagegen die periostalen Formen. Bei den myologenen Formen gibt daher die Resektion günstige Resultate, bei den periostalen sind die Resultate bei der Amputation wie bei der Resektion schlecht. Der Versuch der Resektion ist daher in besonderen Fällen wohl gerechtfertigt. **Balsch**-Heidelberg.

4) **A. Oller.** El método de Zuppinger. (Rev. Clin. de Madrid Bd. II. Nr. 15. 1909.)

O. schildert in einer ausführlichen Arbeit Prinzipien und Praxis der Zuppingerschen Apparate zur Behandlung der Frakturen an den unteren Extremitäten. Zahlreiche Abbildungen illustrieren den Bericht. O. kommt in der Hauptsache zu folgenden Schlüssen:

1. Die Vermeidung der Dislokation der Bruchstücke hängt hauptsächlich von der passiven Elastizität der Muskeln ab.

2. Diese passive Elastizität kann nur dadurch erfolgreich bekämpft werden, dass man die permanente Extension anwendet.

3. Bei der unteren Extremität ist für die Anwendung dieser Extension die beste Stellung des Hüft-, Knie- und Fussgelenks die halbe Flexion.

4. Die Zuppingerschen Apparate ermöglichen es diese dreifache Flexion zu erhalten und zugleich den Zug beizufügen. Zugleich vermehren sie die Extension je nach der besser werdenden Stellung der Bruchstücke. Um dieses Ziel zu erreichen sind aber nur 3 kg. Gewicht für die Brüche des Unterschenkels und 5 kg. für die Brüche des Oberschenkels nötig. (Im Gegensatz zu 30 kg. Gewicht bei den Verbänden nach Bardenheuer).

5. Die mit diesem Apparate erzielten Erfolge übertreffen diejenigen bei allen anderen Methoden. **Stein**-Wiesbaden.



5) **A. Linhart.** Ueber funktionelle Behandlung der Frakturen mit artikulierenden Schienenapparaten. (Beitr. z. klin. Chir. 67. Bd. (Festband für Wölfler) p. 444.)

Verfasser gibt Schienenapparate für Frakturbehandlung an der oberen und unteren Extremität an, deren Prinzip darauf beruht, dass exzentrisch gelegene Scharniere benutzt werden, die bei der Beugung eine Verlängerung der Schienenteile und somit eine Extension der darauf befestigten Extremitäten bewirkten. Das Verfahren hat eine gewisse Aehnlichkeit mit dem Zuppingerschen, doch ist bei diesem die Schwere des Unterschenkels zur Extension des Oberschenkels benützt, während bei Linhart die Schiene die Extensionswirkung ausführt und zwar auf die einfachste Weise. Die Apparate selbst sind denkbar einfach, sodass namentlich der für die obere Extremität, der sowohl für Ober- wie Unterarmfrakturen benutzt werden kann, manchem willkommen sein wird, da wir hier noch wenige einfache und gut wirkende Apparate besitzen.

Baisch-Heidelberg.

6) **E. H. Nichols** und **Fr. L. Richardson** (Boston). Arthritis deformans. (the journ. of med. research. Bd. XXI. 2. 1909.)

Verf. haben Präparate von 65 Fällen von chronischer Arthritis deformans, die sie teils per autopsiam teils per operationem gewonnen hatten, makroskopisch und mikroskopisch untersucht und bringen eine Menge von wundervoll reproduzierten Mikrophotogrammen und farbigen Bildern. — Was sie unter A. d. verstehen, nennen wir nach dem Vorgang von Hoffa-Wollenberg chronischen polyarticulären progressiven Gelenkrheumatismus. Sie unterscheiden zwei Hauptgruppen, die proliferative und die degenerative A. d.

Die Aetiologie der proliferativen A. d. ist Gelenkempyem, Gonorrhoe, Syphilis, Trauma, Frakturen mit Dislokationen, gestörter Stoffwechsel. Der Prozess beginnt in der Synovialmembran, die Granulationen in das Gelenk wuchern lässt, die sich ihrerseits pannusartig über den Gelenkknorpel legen und diesen zum Teil zerstören. Ferner werden beobachtet Proliferationen des Perichondriums, das den Gelenkknorpel überzieht. Dieses Proliferationsgewebe kann verknorpeln oder verknöchern. Weiter findet man Wucherungen des an sich vermehrten Bindegewebes im Epiphysenmark durch die provisorische Verkalkungszone in den Gelenkknorpel hinein, u. U. Zerstörung desselben. — Schliesslich kann sich das Endosteum, d. h. die Osteoblasten der Trabekel, in den Knorpel hineinbegeben und hier u. U. neue Trabekel produzieren.

Je nachdem der eine oder der andere Prozess überwiegt, hat man es mit fibrösen Verwachsungen der beiden Gelenkflächen zu tun, oder mit knorpliger oder knöcherner Ankylose Die Trabekel der Epiphyse werden dünner, spärlicher (Atrophie im Röntgenbild!) die Kortikalis wird verdünnt. Dies ist als Folge der mangelnden Bewegung aufzufassen, als einfache Kalkresorption, nicht etwa als Osteoklastenwirkung. Polypoide Wucherungen der Synovialis sind selten. Kontrakturen und Subluxationen können die letzten Folgen des Prozesses sein.

Die degenerative A. d. hat als Ursache ebenfalls Traumen und Dislokationen, tritt aber meist im Alter auf, namentlich bei Frauen, die schwer gearbeitet haben, ferner bei älteren Leuten, die wegen anderer Krankheiten das Bett lange hüten mussten, schliesslich bei Gicht und Nervenerkrankungen (Tabes). Zunächst kommt es hier zu einer Auffaserung des Gelenkknorpels (jedoch ohne jede Entzündung!), zur Erweichung und Erosion desselben bis zum völligen Verschwinden, so dass u. U. Knochen an Knochen liegt und, da die Beweglichkeit erhalten ist, die Knochenoberfläche eburniert und glatt schleift. Wird nur teilweise der Knorpel an dem einen Gelenkende zerstört, so sucht die gegenüberliegende Stelle der anderen Gelenkfläche den Verlust auszugleichen und wuchert, wodurch beide Flächen höckerig werden. Auch hier kommt es zu Subluxationen, aber nie zu Ankylosen, wenn auch Bewegungsbehinderungen infolge der Zerstörung der Gelenkflächen vorkommen. Sekundär kann das Perichondrium am Kapselansatz und in diesen hinein wuchern, verknorpeln und verknöchern, so dass es zur Ausbildung der Heberdenschen Knoten kommt. Die Kapselverdickung ist nicht stark (ausser bei den neuropathischen Gelenken!), dagegen kann die Synov. sekundär manchmal ganz enorm wuchern, es können Papillen herauswachsen, die sich zum Teil abschnüren und in ihrem Zentrum Knorpel, Knochen oder Fett enthalten (Lipoma arborescens).

Je nachdem nun die einen oder die anderen Gebilde durch Proliferation oder Degeneration hervortreten resp. verschwinden, hat man klinisch verschiedene Bilder, deren Aetiologie übrigens in den meisten Fällen unklar bleibt.

Die proliferative A. d. kommt schon bei Kindern vor (Stillsche Krankheit), bei jugendlichen Erwachsenen ist sie sogar häufig. Die Krankheit setzt häufig plötzlich ein, ganz wie beim akuten Gelenkrheumatismus, dessen lokale und allgemeine Symptome sie auch hat. Zunächst stehen Schmerzen und Steifigkeit der Gelenke in dem

Vordergrund, später Ankylosen, Subluxationen, Kontrakturen. Das Röntgenbild zeigt schon sehr bald Knochenatrophie.

Bei der degenerativen A. d. sind die Patienten gewöhnlich alt, (mit Ausnahme der Erkrankungen des Zentralnervensystems). Fast immer setzen die Beschwerden langsam ein, ein Glied oder mehrere werden schwächer, das Röntgenbild zeigt noch nichts. Erst später werden Verbreiterungen der Gelenke sichtbar, bedingt durch Knochen- und Knorpelwucherung, nicht durch Kapselverdickung. Dann kann es auch zu Bewegungsbehinderung und Schmerzen kommen. Das Röntgenbild zeigt dann ausser der Knochenverdickung grössere Dichtigkeit der Knochen, ev. Heberdensche Knoten, Schmalheit der Gelenklinie. — Durch die Synovialproliferation kann ev. das Bild verwischt werden. **Ewald**-Hamburg.

7) **Ewald** (Hamburg). Die Schmerzen bei der Arthritis deformans. (Deutsche med. Wochenschr. 1910. Nr. 19. S. 898.)

Verf. ist auf Grund seiner Erfahrungen zu der Ansicht gelangt, dass in vielen Fällen die Arthritis deformans ohne Schmerzen verläuft. Kommt dazu ein Trauma oder ein anderer Insult des Gelenkes, so wird das Gelenk erst infolge der eintretenden Synovitis schmerzhaft. Man findet vielfach beiderseits in den Gelenken arthritische Veränderungen, während nur die eine Seite infolge eines Traumas schmerzhaft ist, wie an mehreren Fällen gezeigt wird. Die Proliferationsvorgänge ist Verf. geneigt, als reparatorische Prozesse anzusehen in dem Sinne, dass Inkongruenzen ausgeglichen und an Stellen, wo Unterstützung nötig ist, frischer Knochen apponiert wird. Vor allem gilt dies für die Arthritis auf der Basis gestörter Statik des Gelenks. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

8) **Zesas** (Lausanne). Ueber Pneumokokken-Arthritiden. (Zeitschr. f. orth. Chir. XXIV. Bd. 1.—2. H. S. 128.)

In seltenen Fällen kommt es bei Pneumonie zu Metastasen in den Gelenken, hin und wieder auch von Pneumokokkenerkrankungen des Mittelohres aus. Am häufigsten betroffen ist das Schultergelenk, sodass auch an ein Ueberwandern auf dem Weg der Lymphgefässe zu denken ist. Zur präzisen Diagnose ist ein Nachweis der Pneumokokken im Gelenk erforderlich, da auch anderweitige Gelenkaffektionen zu gleicher Zeit vorkommen können. Ausser leichten Formen neigen diese Arthritiden meist zur Eiterbildung und erfordern dann Eröffnung des Gelenkes resp. dessen Resektion. Die Prognose ist schon wegen der Grundkrankheit eine zweifelhafte. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.



9) **Morsaline.** Lipomatose symétrique. (Rev. de la Sociedad Médica Argentina. Bd. XVIII. Nr. 92.)

M. hat bei zahlreichen Kranken, welche an chronischen rheumatischen Affektionen der Gelenke litten, in der Nähe dieser Gelenke symmetrisch angeordnete Fettgeschwülste beobachten können. Besonders fand er diese Geschwülste in der Umgebung der Kniegelenke und der Ellenbogengelenke, zuweilen auch der Hüftgelenke. Er glaubt, dass diese Fettbildungen mit der Gelenkaffektion in irgend einem ursächlichen Zusammenhange stehen; denn bei manchen von diesen Kranken, welche Thyreoidinkapseln einnahmen, schwanden die Fettgeschwülste zugleich mit den Symptomen der Gelenkerkrankungen. **Stein**-Wiesbaden.

10) **Matsuoka** (Kioto, Japan). Ueber die Hämophilia spontanea. (D. Zeitschr. f. Chir. 102. Bd. 4.—6. H., p. 364.)

Verf. berichtet über 2 Fälle von spontaner — das ist die nicht ererbte — Hämophilie mit Hämarthrosbildung, wobei namentlich Knie- und Ellenbogen-Gelenke befallen waren und das vollkommene Bild eines Tumor albus tuberculosus darboten. Im 1. Fall versuchte Verf. ohne wesentlichen Erfolg Antidiphtherieserum, in beiden Fällen ebenso ohne Erfolg Gelatinekochsalz-Injektionen. Im Anschluss an diese Fälle gibt Verf. eine Uebersicht über das Wesen der Hämophilie und der dabei auftretenden Gelenkerkrankungen, von denen er ein Stadium der Blutung-Hämarthros, ein Stadium der Entzündung und ein regressives Stadium der Ausbildung bleibender Deformitäten unterscheidet. Therapeutisch ist bei Hämophilie und zur Behandlung von Blutergelenken sehr Vieles empfohlen worden (Gelatine, Calciumchlorid, Adrenalin. Blutserum, Antidiphtherieserum), aber, wie auch Verf.'s Fälle beweisen, meist nur mit sehr geringem Erfolg verwendet worden. **Balsch**-Heidelberg.

11) **Elbe** (Rostock). Zur Fistelbehandlung mit Einspritzungen von Wismutpaste nach E. G. Beck. (Deutsche med. Wochenschrift 1910. Nr. 13. S. 617.)

Die in der Rostocker Klinik gesammelten Erfahrungen, 20 Fälle, sprechen den Wismutinjektionen bei Fisteln wohl eine erhebliche diagnostische Bedeutung zu, weniger günstig sind dagegen die therapeutischen Ergebnisse. Nur in wenigen Fällen trat Heilung resp. Besserung ein. Die grössere Hälfte wurde nur vorübergehend gebessert resp. blieb unbeeinflusst. Leichte graublaue Verfärbung des Zahnfleisches wurde in 3 Fällen bemerkt, bei einer Pat. trat 8 Wochen nach der ersten Injektion (im ganzen 6 Einspritzungen)



eine schwere ulceröse Stomatitis auf. Verf. ist mit anderen der Ansicht, dass diese Behandlung nur im Krankenhaus vorgenommen werden dürfe, damit jederzeit bei drohender Wismutvergiftung die Paste entfernt werden kann. Die Nitritvergiftung ist durch Verwendung von Bismutum carbonicum zu vermeiden.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

12) **Stein** (Wiesbaden). Zur Technik der Paraffin-Injektionen. (Deutsche med. Wochenschr. 1910. Nr. 9. S. 412.)

St. gibt eine Spritze an, die durch Schraubenwirkung eine Injektion von Paraffin in erkaltetem Zustande ermöglicht. Es wird auf diese Weise die Gefahr einer Embolie vermieden.

Ottendorff - Hamburg-Altona.

13) **M. Gayarre.** Un caso de amiotonia congénita (enfermedad de Oppenheim). (Rev. Clin. de Madrid Bd. I. Nr. 12. 1909.)

Mitteilung eines Falles der von Oppenheim im Jahre 1900 zuerst beschriebenen Amyotonia congenita. Es handelt sich um ein siebenjähriges Kind, dessen Mutter 5 Aborte durchgemacht hatte. Vater und Geschwister sind gesund. Im Alter von 3 Monaten hatte das Kind Masern, darauf Keuchhusten und später nach Aussage der Mutter einen Anfall von Meningitis. Es verlor die Sprache und blieb bis zum Alter von 3 Jahren unbeweglich, schlaff und „ohne Bewusstsein“. Darauf fing es an die Füsse zu bewegen, nicht aber die Unterschenkel und Oberschenkel. Die Untersuchung ergab geschlossene Fontanelle, normale Bewegung der Lippen und der Zunge, sowie der Augen. Auffallend war die Hypotonie der Extremitäten und des Rumpfes. Die Hände konnten z. B. ohne Anstrengung passiv in die unmöglichsten Stellungen gebracht werden, ebenso die Beine und Füsse. Letztere konnten nach hinten bis an den Hinterkopf erhoben werden. Das Kind konnte Arme und Hände gut selbst bewegen. Die Reflexe waren gesteigert. Babinski war nicht vorhanden. Die elektrische Untersuchung ergab eine atypische Art von Entartungsreaktion. **Stein**-Wiesbaden.

14) **P. H. Römer** und **K. Joseph** (Marburg). Spezifisch wirksames Serum gegen das Virus der epidemischen Kinderlähmung. (Münch. med. Woch. 1910. Nr. 11.)

Verff. berichten über einen neuen Versuch an einem Affen, der eine künstliche Poliomyelitisinfektion überstanden hat und gegen eine Reinfektion sich immun erwies. Ferner ist ihnen der Nachweis spezifisch wirkender Antikörper gegen das Virus der epidemischen Kinderlähmung geglückt: das Serum von Affen, die die Krankheit



bereits überstanden hatten, noch gesunden Affen intracerebral injiziert, neutralisierte das Poliomyelitisvirus und schützte die Affen vor Erkrankung. **Ewald** - Hamburg.

15) **Delbet.** L'ostéotomie dans le traitement de la maladie de Little. Pathogénie de cette affection. (Die Osteotomie bei der Behandlung der Littleschen Erkrankung und die Aetiologie dieses Leidens.) Ann. de chir. et de l'orth. Bd. XXIII. S. 73.

D. hat bei einer 21jährigen Pat., die schon mehrfach mit Tenotomien behandelt war, die noch bestehende Adduktion und Innenrotation der Beine durch subtrochantere Osteotomie zum Verschwinden gebracht und gute Gehfähigkeit erzielt. Verf. glaubt aber, dass eine Osteotomie oberhalb der Kondylen vorzuziehen sei, da nach Abnahme des Verbandes 5 Wochen nach der Operation infolge der Spasmen noch eine Verbiegung der Femora eintrat, die durch Extension wieder korrigiert wurde. Wegen der Frühgeburt (7 Monate) und wegen des positiven Ausfalls der Wassermannschen Reaktion glaubt D., dass die Lues doch wohl eine gewisse Rolle in der Aetiologie dieser Erkrankungen spiele. **Ottendorff** - Hamburg-Altona.

16) **Amza Jianu.** Chirurgische Behandlung der Facialislähmung. (D. Zeitschr. für Chir. 102. Bd. 4.—6. H. p. 377.)

Durch die meist wenig befriedigenden Erfolge, die die Nerventransplantation (Accessorius oder Hypoglossus) in Fällen von totaler Fazialislähmung ergaben — Verf. stellt kurz die bisher veröffentlichten Methoden und Fälle zusammen — ist verschiedentlich eine Muskelplastik versucht worden, um wenigstens die Gesichtsstatik zu bessern und namentlich das die Kranken am meisten belästigende Herabhängen des Lippenwinkels mit dem dadurch veranlassten Herausfliessen der Speisen und des Speichels zu beheben. Verf. gibt die von Jonescu in einem Falle mit gutem Erfolg ausgeführte Methode an. Es handelt sich um eine Plastik aus dem Musc. masseter, von dem die vordere Portion abgetrennt und in die Kommissur eingenäht wird; eventuell kann das Muskelbündel gespalten und je zur Hälfte in den Musc. orbicularis oris sup. und infer. eingenäht werden. Die in diesem Fall erzielte Besserung des Kauaktes und des Abfliessens von Speichel lässt das Verfahren als sehr nachahmenswert erscheinen. **Balsch**-Heidelberg.

17) **R. Klapp** (Berlin). Der Erwerb der aufrechten Körperhaltung und seine Bedeutung für die Entstehung orthogenetischer Erkrankungen. (Münch. med. Woch. 1910 Nr. 11 und 12.)

Die aufrechte Haltung des Menschen hat neben den Vorteilen



auch zu manchen Schädigungen geführt, die trotz der „weit zurückliegenden phylogenetischen Errungenschaft noch auf die heutigen Kulturmenschen" einwirken. Unter Anführung der vergleichend anatomischen und anthropologischen Untersuchungen von Wiedersheim und Klaatsch, sowie entwicklungsgeschichtlicher Spekulationen („Die Ontogenie ist eine Rekapitulation der Phylogenie!") werden einige Vorteile und Nachteile der aufrechten Körperhaltung besprochen. Ausser dieser soll aber noch ein weiteres Moment schädigend hinzutreten: die Kultur und ihr degenerierender Einfluss auf die Stütz- und Bindegewebe (Bier, Stiller). Die Entstehung aller Belastungdeformitäten (Plattfuss, X-bein, Skoliose) gehört hierher; doch kann die Mangelhaftigkeit der Gewebe nur darum so wirksam sein, weil der Mensch aufrecht steht und geht. Deshalb können derartige Krankheiten mit dem Epitheton „orthogenetisch-degenerativ" näher bezeichnet werden. Hierher gehört u. a. auch die orthotische oder besser (Ichle) lordotische Albuminurie, ferner die Spondylolisthesis, z. T. auch der Thorax phthisicus. Da nun die vorher genannten Krankheiten alle dieselbe Basis haben, so muss man dafür sorgen, dass die orthogenetischen Nachteile vermieden werden. Am zweckmässigsten wird dies erreicht durch temporär ausgeführte Kriechbewegungen, wie sie namentlich vom Verf. für die Skoliose, „das prägnanteste Beispiel einer orthogenetisch-degenerativen Krankheit", ausgebildet worden sind. Dieses Kriechen, namentlich in seinen Modifikationen (z. B. Tiefkriechen) ist auch ein gutes Mittel zur Mobilisierung eines starren und engen Thorax, der auch schon prophylaktisch beeinflusst werden sollte. Vor einer kritiklos angewendeten Therapie, die er übrigens eine „physiologisch begründete" nennt, warnt Klapp.

Ewald-Hamburg.

18) **Marcus** (Wien). Zur Bewertung des angeborenen Pektoralisdefekts als Status sui generis. (Deutsche med. Wochenschrift. 1919. Nr. 9. S. 415.)

M. beobachtete bei einem Mädchen einen Pektoralisdefekt mit Hautatrophie und Flughautbildung und bei dessen Tante Deformitäten der Hände, wie sie vielfach als Begleiterscheinungen von Pektoralisdefekt beschrieben werden. Da Verf. diese Entwicklungsstörungen der Hand bei der Tante durch mechanische Momente bedingt erscheinen, so glaubt er auch den Pektoralisdefekt der Nichte auf solche äusseren Momente zurückführen zu können.

Ottendorff-Hamburg-Altona.



19) **Schiff** (Berlin). Ueber angeborene Halswirbelsäulenlordose. (Deutsche med. Wochenschr. 1910. Nr. 15. S. 709.)

Bei einem 24jährigen Manne fand sich eine starke Lordose der Halswirbelsäule, die eine erhebliche Bewegungsbeschränkung in Bezug auf Vorwärtsneigung und Drehung des Kopfes verursachte. Die Rückwärtsneigung war dagegen in abnormer Ausgiebigkeit möglich. Die Röntgenaufnahme bestätigte den durch äussere Untersuchung erhobenen Befund, gab aber keine ätiologische Erklärung. Verf. glaubt aus der Tatsache, dass die Scaleni sich derb, strangartig anfühlten, den Schluss ziehen zu können, dass eine Geburtsverletzung (Lange) zu einer Degeneration dieser Muskeln ebenso wie des Sternokleidomastoideus beim Tortikollis geführt und dadurch die Lordose bewirkt habe. Eine primäre Knochenveränderung der Halswirbelsäule war durch das Röntgenbild auszuschliessen.

Ottendorff - Hamburg-Altona.

20) **Kölliker** (Leipzig). Skoliose und Spondylitis in ihrem Verhältnis zur Speiseröhre und zur Oesophagoskopie. (Zeitschr. f. orth. Chir. XXV. Bd. S. 22.)

Bei der Skoliose pflegt der Oesophagus im allgemeinen geradlinig zu verlaufen. Er ist dabei infolge der elastischen Retraktion verkürzt. Bei Spondylitis kann das Verhalten der Speiseröhre das gleiche sein, doch können entzündliche Erscheinungen zu Verlagerungen, Knickungen und Verengerungen führen.

Oesophagoskopie wird deshalb bei Skoliose selten auf Schwierigkeiten stossen, bei Spondylitis kann sie dagegen schwer oder manchmal unmöglich sein. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

21) **G. J. Mixter** und **R. B. Osgood** (Boston). Traumatic lesions of the atlas and axis. (Amer. journ. of orth. surg. 1910. Bd. VII. Nr. 3)

Die Verletzungen an Atlas und Epistropheus sind selten. Am häufigsten werden noch reine Luxationen oder Subluxationen beobachtet, seltener sind Frakturen des Zahnfortsatzes des Epistropheus und ganz selten sind Frakturen der Atlasbögen oder der Massae laterales.

Wenn nicht sofort nach dem Unfall der Tod eintritt, sind die Störungen meist überraschend gering. Nur die Kopfhaltung ist verändert, der Hals steif, meist ist auch eine Occipitalneuralgie zu konstatieren, die sich hartnäckig hält. In einem Fall wurde erst später eine Myelitis infolge Kallusdruck beobachtet.

Zur Diagnose ist das Röntgenbild unumgänglich nötig. Als



Behandlung kommt nur die vorsichtig versuchte unblutige Reposition in Frage, sonst — bei misslungener Reposition — Stützapparate.

Ewald - Hamburg.

22) **Edwin W. Ryerson** (Chicago). Subluxation of third cervical vertebra. (Amer. journ. of orth. surg. 1910. Bd. VII. 3.)

Ein Mädchen hatte beim Spiel eine Verletzung am Nacken erlitten, die immer als Tortikollis gedeutet und ohne Erfolg behandelt wurde. Erst nach einem halben Jahre wurde nach Befund und Röntgenbild eine Rotationssubluxation des III. Halswirbels festgestellt. In tiefer Narkose konnte nach Erschlaffung aller Mukeln die Luxation unblutig reponiert werden.

Ewald-Hamburg.

23) **George R. Elliot** (New-York). Some myogenous types of rigid spine. (Amer. journ. of orth. surg. 1910. Bd. 7. Nr. 3.)

1. Rigiditas dorsalis myopathica.

Ein 20jähr. Mann bekam vor 5 Jahren ischiasartige Schmerzen in beiden Extremitäten, später auch in den Armen ein Schwächegefühl. Bei der jetzigen Untersuchung ist die normale Lendenlordose verschwunden, die unteren zwei Drittel der Wirbelsäule sind völlig versteift; die Rückenmuskulatur ist hart und gespannt. Bei passiven Bewegungsversuchen Schmerzen. In Chloroformnarkose verschwindet die Rigidität, und die Wirbelsäule kann normal bewegt werden. Dampfbäder und Massage brachten einige Besserung. Aetiologie: am wahrscheinlichsten Rheumatismus, da auch die Knie- und Fingergelenke vorher rheumatisch erkrankt waren.

2. Myositis ossificans.

15jähr. Junge, im Anschluss an Scharlach im ersten Lebensjahr erkrankt, erst mit 4 Jahren laufen gelernt. Die Wirbelsäule ist langsam steifer geworden, ebenso eine Hüfte, die Schultern sind nach vorn gezogen. — 2 durch Trauma zufällig entstandene oberflächliche Narben an Stirn und Daumenballen zeigen knöcherne Einlagerungen.

Der Erector trunci fühlt sich hart an und wölbt sich scharf unter der Haut vor, die dorso-lumbale Wirbelsäule ist völlig versteift, ebenso die Nackenmuskulatur.

Trapezius, Nacken- und lange Rückenmuskeln, Pectorales sind völlig ossifiziert, der musc. subscapularis und glutaeus max. teilweise.

Bezügl. der Aetiologie schliesst sich E. der Zieglerschen Theorie an, dass das Bindegewebe in diesem Fall kongenital die besondere Fähigkeit behalten habe, Knochen zu bilden.



In der Diskussion*) betont Sayre bezügl. des ersten Falls, dass die Erschlaffung der Muskeln in Narkose auch bei Gelenkerkrankungen beobachtet wird, weshalb er eine Gelenkentzündung der Wirbelsäule eher annehme als eine Muskelerkrankung. Elliot widerspricht dem, indem er auf die anatomischen Untersuchungen der Muskeln (Senator) hinweist, die eine Vermehrung des Bindegewebes ergeben hätten.

Ewald-Hamburg.

24) **Blenke** (Magdeburg). Einige Bemerkungen zu dem Bericht des Düsseldorfer Oberbürgermeisters, das orthopädische Schulturnen betreffend. (Zeitschr. f. orth. Chir. XXIII. Bd. 3.—4. H. S. 505.)

Der Bericht des Oberbürgermeisters in Düsseldorf über das Ergebnis der Skoliosenturnkurse an den dortigen Volksschulen lautete derartig günstig, dass Bl. sich veranlasst sieht, gegen die, wie er feststellt, ungenaue Untersuchung am Anfang und Ende des Kursus Stellung zu nehmen. Der zweite Kursus, bei dem die Erfolge als noch besser angegeben wurden, stand überhaupt nicht unter ärztlicher Kontrolle. Bl. weist unter Anführung einer Reihe von Autoren auf diesem Gebiete darauf hin, dass die Skoliose in dem Umfange und auf diese Weise, wie im Bericht behauptet wird, überhaupt nicht geheilt werden könne. Er zeigt die Gefahr, die in solchen Berichten über die Heilbarkeit selbst schwerer Skoliosen liegt und die vor allem darin besteht, dass die Eltern, dadurch in Sorglosigkeit gewiegt, die Zeit, in der eine Skoliose noch im Beginn und somit heilbar ist, versäumen. Eine Erklärung des abnorm günstigen Resultates der Kurse kann, wie jeder Orthopäde bestätigen wird, nur in der Ungenauigkeit der Feststellung des Anfangs- und Endzustandes gefunden werden.

Ottendorff - Hamburg-Altona.

25) **Schrakamp** (Düsseldorf). Zur Arbeit des Herrn Dr. Blenke betr. die orthopädischen Turnkurse in Düsseldorf. (Zeitschr. f. orth. Chir. XXIV. Bd. 1.—2. H. S. 187.)

Sch. erklärt gegenüber den Einwendungen Blenkes, dass die Vorbildung der Turnlehrerinnen in den orthopädischen Turnkursen eine gute gewesen und dass auch die ärztliche Ueberwachung genügend gewesen sei. Der Bericht sei deshalb so ausgefallen, weil er der Schuldeputation über erfolgreiche Verwendung der bewilligten Gelder Rechenschaft ablegen müsse. Jedenfalls seien die Erfolge gute gewesen.

Ottendorff - Hamburg-Altona.

---

*) Vortrag in d. amer. orth. assoc. Hartford, Juni 1909.



26) **Blenke** (Magdeburg). Erwiderung auf die vorstehenden Bemerkungen des Herrn Medizinalrat Dr. Schrakamp zu meiner Arbeit betr. die orthopädischen Turnkurse in Düsseldorf. (Zeitschr. f. orth. Chir. XXIV. Bd. 1.—2. H. S. 200.)

B. stellt gegenüber den Bemerkungen Schrakamps fest, dass eine genügende ärztliche Ueberwachung nicht stattgefunden habe, da junge Assistenten, die noch dazu wechselten, kaum die nötige Erfahrung haben dürften, und wendet sich nochmals gegen die in Düsseldorf festgestellten Heilungsresultate, die nach seiner und aller Orthopäden Erfahrung direkt als unmöglich bezeichnet werden müssten. Es könne nur in den ungenügenden Untersuchungsmethoden begründet sein, dass solche Erfolge zur Veröffentlichung gelangten.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

27) **J. Goyanes.** Amputación interescápulo-torácica á colgajo anterior. (Rev. Clin. de Madrid. Bd. II. Nr. 21. 1909.)

Die Wegnahme des gesamten Schultergürtels ist nach G. eine in der Mehrzahl der Fälle, bei welchen sie ausgeführt wurde, unnötige Operation. G. führt keine weiteren Beweise für die Richtigkeit dieser Behauptung an; er vermehrt dagegen die Zahl der erfolgreich an dieser sehr eingreifenden Operation Operierten um einen weiteren Fall. Es handelt sich um einen 24jährigen jungen Mann, welcher seit 2 Monaten in dem oberen Teil des rechten Oberarms heftige Schmerzen verspürte. Die Untersuchung ergab eine nussgrosse Geschwulst in der Gegend des Akromion. Die Geschwulst wurde exstirpiert und die Schmerzen verschwanden zunächst. Sie kehrten aber schon nach drei Monaten wieder und es fand sich nun eine neue Geschwulst, welche etwas grösser war als die erste und welche mehr nach hinten zu lag. Ausserdem waren in der Achselhöhle und in den Supraklavikulargruben zahlreiche angeschwollene Drüsen fühlbar. Es wurde nun die Wegnahme des gesamten Schultergürtels einschliesslich des Schlüsselbeins nach vorheriger Unterbindung der Subklavia vorgenommen. Die Operation dauerte 25 Minuten, die Heilung war ungestört. Es zeigte sich, dass die Geschwulst ihren Ausgang von der Skapula genommen hatte, welche fast vollständig zerstört war. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein Rundzellensarkrom. **Stein**-Wiesbaden.

28) **Zesas** (Lausanne). Die Periarthritis humero-scapularis. (Zeitschr. f. orth. Chir. XXIV. Bd. 1.—2. H. S. 175.

Die Periarthritis des Schultergelenks besteht in einer Entzündung der das Gelenk umgebenden Schleimbeutel. Die Ursache



ist meist ein Trauma der Gelenkgegend. Akut tritt die Erkrankung selten auf, meist ist sie chronischer Natur und kann in schweren Fällen zur Obliteration der Schleimbeutel führen. Am stärksten ist die Abduktion des Armes dabei behindert. Therapeutisch kommt bei akuten Fällen für ganz kurze Zeit Ruhigstellung in Betracht, bei chronischen Fällen Mobilisation eventuell in Narkose und mediko-mechanische Nachbehandlung. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

29) **Lindemann.** Ueber doppelseitige traumatische Schultergelenksluxation. (D. Z. f. Chir. 102. Bd. 4—6. H. p. 561.)

Verf. berichtet über 6 Fälle doppelseitiger Schulterluxation die z. T. beide gleichzeitig entstanden waren; z. T. war zu einer alten einseitigen eine Luxation der anderen Seite hinzugekommen. In mehreren Fällen waren eine oder beide Seiten schon früher luxiert gewesen. Der Entstehungsmechanismus war in den Fällen des Verfassers stets indirekt durch Fall auf Hände oder Ellbogen, in einzelnen mag auch Muskelzug — plötzliche Bewegungen — mitgewirkt haben. In einem Fall musste blutig reponiert werden, sonst gelang die Reposition unblutig. Verf. will wegen der relativen Häufigkeit von Rezidiven die doppelseitige Schulterluxation als ein sehr ernstes Leiden inbezug auf die Erwerbsfähigkeit ansehen.

Balsch-Heidelberg.

30) **J. Goyanes.** Un caso de luxación del húmero muy antigua (dos anõs). Reduccion incruenta. (Rev. Clin. de Madrid. Bd. II. Nr. 16. 1909.)

G. glaubt, dass bei veralteten Luxationen des Humerus viel zu häufig blutig operiert werde, ohne dass ein ernstlicher Versuch der unblutigen Reposition überhaupt vorangegangen sei. Er führt aus seiner eigenen Praxis 6 Fälle an, bei welchen die Luxationen zwischen 15 Tagen und 2 Jahren bestanden hatten und welche er alle ohne irgendwelche üblen Zufälle in Narkose unblutig und dauernd reponieren konnte. Der Fall, bei welchem die Luxation etwas über 2 Jahre bestanden hatte, betraf eine 45jährige Frau. Photographie und Röntgenbilder sind der Mitteilung dieses Falles beigefügt. G. bedient sich zu der Einrenkung vorzugsweise des Kocherschen Verfahrens und unterstützt dasselbe am Schluss öfters durch das sogenannte physiologische Verfahren von Mothe. In dem angeführten Falle gestaltete sich die Operation im einzelnen folgendermassen: Energischer Zug und Zirkumduktionsbewegung; Abduktion; Rotation nach aussen; Bewegung bis zur Erhebung des Ellbogens in Kopfhöhe; Adduktion mit Innenrotation. Jetzt pflegt

der obere Teil des Humerus beweglich zu werden; aber die Einrenkung gelingt noch nicht. Es wird nun eine Hyper-Abduktion zugleich mit starkem Zug vorgenommen, welche von einer schnellen Adduktion, verbunden mit Flexion, gefolgt ist. Dabei übt ein Assistent mit der Faust einen energischen Druck in der Achselhöhle aus. Nach wenigen Minuten pflegt dann die Einrenkung von statten zu gehen. Nachbehandlung im Velpeauschen Verband.

Stein-Wiesbaden.

31) **Preiser** (Hamburg). Ueber Epikondylitis humeri. (Deutsche med. Wochenschr. 1910. Nr. 15. S. 712.)

Nach P.'s Erfahrungen handelt es sich bei der von Franke, Bernhardt und Momberg geschilderten Schmerzhaftigkeit am Epikondylus humeri nicht um eine Periostitis, sondern um Arthritis deformans des Ellenbogengelenks infolge inkongruenter Gestaltung der Gelenkflächen.

Ottendorff - Hamburg-Altona.

32) **Esau** (Oschersleben). Ein Fall von lokalem Tetanus der Hand. (Deutsche med. Wochenschr. 1910. Nr. 15. S. 706.)

E. beobachtete eine 5—6 Tage nach einer Schrotschussverletzung der Hand auftretende Muskelkontraktur im Gebiete des Medianus, die erst ca. 8—9 Tage im Anschluss an einen operativen Eingriff zu einem allgemeinen Tetanus wurde.

Ottendorff - Hamburg-Altona.

33) **H. Hilgenreiner.** Neues zur Hyperphalangie des Daumens. Beitr. z. kl. Chir. 67. Bd. (Festband für Wölfler) p. 196.)

Verf. bringt in Ergänzung seiner früheren Arbeit über das gleiche Thema (Bruns Btrge. Bd. 54) einige neue wertvolle Befunde, die ihn zu folgenden Schlussfolgerungen bringen: Die Hyperphalangie des Daumens ist weniger selten als man bisher annahm, exquisit vererblich und als Polygenese der Mittelphalanx des Daumens aufzufassen. Sie kann eine unvollständige — mehr oder minder weitgehende Vereinigung von Mittel- und Endphalanx, oder eine vollständige — Mittelphalanx völlig abgetrennt aber rudimentär, oder 3. eine vollkommene — Mittelphalanx ganz ausgebildet sein. Ganz besonders bemerkenswert ist ein Fall, der 10., den Verf. mitteilt, bei dem erst post partum sich mit dem Auftreten der Epiphysen an einem Daumen eine Mittelphalanx ausbildete. Sehr energisch wendet sich Verf. gegen die früher öfters aufgestellte Behauptung, dass es bei vollkommener Dreigliedrigkeit des Daumens oder eventueller Verdoppelung desselben, wodurch der Daumencharakter stark schwindet, sich um Duplizität oder Triplizität des



Zeigefingers mit Fehlen des Daumens handele. Eine vom Verf. einmal ausgeführte Vereinigung des Doppeldaumens zu einem Daumen verdient wohl für ähnliche Fälle der Nachahmung.

Balsch-Heidelberg.

34) **E. Gasne.** Malformation des pouces par arrêt de développement du premier métacarpien. (Rev. d'orthop. 1910. Nr. 1.)

1. Zwillingskind (das andere ist normal). An der linken Hand, die im Uebrigen wohlgebildet, hängt der Daumen schlaff und bewegungslos wie ein Appendix. Die Phalangen und das os metacarpale I sind rudimentär vorhanden. Der Daumenballen fehlt, ebenso die Beuge- und Strecksehnen. Unterarm im ganzen schwächer, Pro- und Supination etwas behindert.

2. Kind von gesunden Eltern, linkerseits dieselbe Daumenmissbildung wie im Fall 1, rechts fehlt der Daumen völlig, ausserdem Klumphand und völliger Radiusdefekt.

Da die Daumenrudimente mehr schaden als nützen, werden sie operativ entfernt.

Ewald-Hamburg.

35) **Bibergeil** (Berlin). Klinodaktylie und Störung des Knochenwachstums. (Zeitschr. f. orth. Chir. XXIV. Bd. 1.—2. H. S. 105.)

Bei B.'s Patient (Kind von 14 Monaten) bestand eine seitliche Deviation des Ringfingers und zwar hauptsächlich im proximalen Interphalangealgelenk. Sowohl das Röntgenbild wie die histologische Untersuchung ergab eine vorzeitige Verknöcherung der Epiphysen an Metakarpus und Phalangen dieses Fingers. Verf. führt auf dieses Verhalten der Epiphysen auch die seitliche Abweichung des Fingers zurück.

Ottendorff - Hamburg-Altona.

36) **Ewald** (Hamburg). Die Madelungsche Deformität als Symptom und Krankheit sui generis. (Zeitschr. f. orth. Chir. XXIII. Bd. 3.—4. H. S. 470.)

Das Bild der Madelungschen Deformität — Hervorragen der unteren Ulnaepiphyse nach der Dorsalseite, scheinbare volare Subluxation im Handgelenk und Bewegungsbeschränkung — kann durch ein Trauma zu Stande kommen. Meistens handelt es sich um eine Verkürzung des Radius durch einen disloziert geheilten Bruch, wobei die Abreissung des Proc. styl. ulnae die Deformität noch verstärken kann. Zu unterscheiden sind von diesen Füllen diejenigen kongenitalen Charakters, von denen Verf. drei Fälle bringt. Bei diesen Handgelenken ist das äussere Bild dasselbe, verursacht wird die Missbildung



aber durch eine Veränderung der unteren Radiusepiphyse, die in ihrem ulnaren Teil einen muldenförmigen Defekt aufweist, sodass die Verbindung mit der Ulna aufgehoben ist und die Handwurzel zwischen die beiden Unterarmknochen disloziert erscheint. Verursacht ist diese Veränderung der Radiusepiphyse durch eine Wachstumsstörung der Epiphysenlinie. Wenn auch die Veränderungen erst im 8. bis 13. Lebensjahre auftreten, so weist doch vor allem die ausgesprochene Heredität auf einen kongenitalen Ursprung hin.

Ottendorff - Hamburg-Altona.

37) **J. Kindl.** Isolierte Handwurzelknochenverletzungen. (Beitr. z. klin. Chir. Bd. 67. (Festband für Wölfler) p. 549.)

Die überwiegende Häufigkeit der Navikularefrakturen gegenüber anderen Handwurzelknochenverletzungen beweist wiederum, dass Verf. aus der chirurg. Klinik neben 5 Navikularefrakturen nur noch 1 Fall von Frakt. des Multangulum majus bringt. Die Multangulumfraktur war mit einer Abrissfraktur am proximalen Ende des 1. Metakarpus (einer sog. Bennetschen Fraktur) kombiniert. Leichenversuche des Verf. über die Entstehung der Multangulumfraktur ergaben, dass diese unter 10 Fällen nur 1 mal auftrat bei kräftigem Metarkarpus, wenn derselbe abduziert und durch seitlichen Druck (Flanellbinde) am Abgleiten gehindert war. Es waren bei gebeugtem Daumen kräftige Schläge auf das Metarkarpusköpfchen ausgeführt worden. In 3 Fällen erhielt Verf. bei seinen Versuchen eine Bennetsche Fraktur in 4 Fällen, eine volare Luxation des Metakarpus, ein Beweis, wie selten Multangulumfrakturen auf diesem Wege entstehen. Die konservative Therapie — Extension am Metakarpus I, und Ruhigstellung — hatte in dem mitgeteilten Falle vollen Erfolg. — Bezüglich Aetiologie, Symptomatologie und Diagnose der Navikularefrakturen bringt Verf. Bekanntes, bezüglich der Therapie tritt er für möglichst konservative Behandlung ein und lehnt die Frühoperation ab, da unsere Erfahrungen über die Späterfolge von Navikularexstirpation zu gering seien.

Balsch-Heidelberg.

38) **Morian.** Beitrag zu den Brüchen der Daumen- und Grosszehen-Sesambeine. (Deutsche Zeitschr. für Chir. 102. Bd. 1.—6. H. p. 387.)

Verf. teilt 6 Fälle aus der Huyssens-Stiftung in Essen-Ruhr mit und kommt auf Grund seiner Beobachtung und der Literatur zu folgenden Schlussfolgerungen: Sowohl am Daumen als an der Grosszehe kommen nicht nur direkte Zertrümmerungs-, sondern auch



indirekte Abrissbrüche der Sesambeine vor. Am Daumen sind die Sesambeinbrüche sehr selten, an der Grosszehe sind die direkten dagegen wohl recht häufig, meist sind sie mit anderen Frakturen kombinert. Die Heilungsaussichten sind im allgemeinen bei exspektativer Therapie günstig, in besonderen Fällen kann die Exstirpation der Fragmente nötig werden. **Balsch**-Heidelberg.

39) **R. Schlichting** (Völklingen). Zur Kasuistik der seitlichen Interphalangealluxationen. (D. Zeitschr. f. Chir. 104. Bd. 1.—2. H., p. 195.)

Kurze Mitteilung eines der selteneren Fälle von seitlichen Interphalangealluxationen, durch direkte Gewalt entstanden. Während das Ende des Zeigefingers auflag, wurde durch einen Hammerschlag das Grundglied desselben ulnarwärts getrieben. Die Diagnose wurde aus der Unmöglichkeit sowohl der aktiven wie passiven Beugung im Mittel- und Endgelenk gestellt und durch Röntgen bestätigt. **Balsch**-Heidelberg.

40) **F. Smoler** (Olmütz). Zur chirurg. Behandlung der Spina ventosa. (Beitr. z. klin. Chir. 67. Bd. (Festband f. Wölfler) p. 79.)

Auch bei der Behandlung der Spina ventosa hat sich die osteoplastische Operationsmethode neben der einfachen Exkochleation ein grosses Feld erobert. Es sind dies die beiden Methoden von Bardenheuer, die Spaltungsmethode (veröffentlicht 1894) und die Drehmethode (veröffentlicht 1896). Bei beiden werden die benachbarten Knochen benutzt, um in den Defekt der entfernten kranken Phalange oder Metacarpus resp. Metatarsus eingesetzt zu werden. Müller ersetzt den entfernten Knochen durch eine Spange der langen Röhrenknochen. Verf. veröffentlicht nun 26 Fälle aus dem mährischen Landkrankenhaus in Olmütz, die mit diesen Methoden operiert wurden, 8 nach Bardenheuers Spaltungsmethode, 3 nach Bardenheuers Drehmethode und 15 nach Müllers freier Autoplastik. Die operativen Heilresultate waren in 25 Fällen gut, die Dauerresultate in 9 Fällen. Den geringen Prozentsatz an guten Dauerresultaten schreibt Verf. auch den schlechten hygienischen Verhältnissen zu, in die ein grosser Teil der Patienten zurückkam und die Rezidive begünstigten. — Bezüglich der Wahl der Methoden hält Verf. bei Metacarpusfällen die Bardenheuersche Spaltungsmethode für die sicherere, da die Ernährungsverhältnisse der substituierenden Spange besser sind als bei der freien Plastik. Hier



kamen Sequestrierungen der Spangen in einigen Fällen vor, bei der B.'schen Methode nie. Bei Spina ventosa der Finger ist ein Vorteil der einen oder der anderen Methode nicht zu erkennen. — Die Einzelheiten der Operationsmethoden müssen in den betreffenden Originalien nachgesehen werden. **Balsch**-Heidelberg.

41) v. **Hacker.** Autoplastischer Ersatz der Streck- und Beugesehnen der Finger durch entbehrliche Sehnen des Handrückens. (Beitr. z. klin. Chir. 66. Bd. 2. H. p. 259.)

Verf. hat in dieser Arbeit 2 Methoden des Sehnenersatzes angeführt: 1. den autoplastischen Ersatz von Fingerrückensehnen. Das Verfahren besteht darin, dass man von den Fingern die zwei Extensorensehnen besitzen (Daumen, Zeige- und Kleinfinger), die minderwertige oberhalb des Knöchelgelenkes (eventuell bis am Handgelenk) abtrennt, nach vorne umschlägt und entweder mit dem noch erhaltenen peripheren Sehnenstumpf vereinigt oder direkt in das Nagelglied einpflanzt. Dieses Verfahren ist einzeitig. 2. Den autoplastischen Ersatz von Fingerbeuge- oder -strecksehnen als zweizeitiges Verfahren. Im 1. Akt wird eine der oben erwähnten Strecksehnen am Handgelenk aufgesucht und durchschnitten, durch eine Inzision über dem Knöchelgelenk herausgezogen und nun in subkutanem Kanal zur Beugeseite des Fingers, dessen Beugesehne ersetzt werden soll, geleitet und hier an der Nagelphalanx befestigt. Die Sehne muss mit einer präparierten Bruchsackröhre umgeben werden, um spätere Verwachsungen zu verhüten. Im 2. Akt wird die Verbindung dieser neuen Sehne mit den zentralen Flexoren-Sehnenstümpfen hergestellt. Diese Methode ist anwendbar zum Ersatz der Beugesehnen aller Finger und der in der Hohlhand liegenden Abschnitte. Ferner zum Ersatz aller Strecksehnen am Finger- und Handrücken.

Balsch-Heidelberg.

42) **Zur Verth.** Ueber spontane Zerreissung der Sehne des langen Daumenstreckers. (D. Z. für Chir. 102. Bd. 4.—6. H. p. 569.)

Die unter dem Namen Trommlerlähmung früher als Neurose aufgefasste Erkrankung stellte sich als Zerreissung der Strecksehne des langen Daumenstreckers heraus. Später wurde diese Sehnenzerreissung auch bei anderen Berufsarten festgestellt, und Verfasser konnte zwei Fälle bei Kellnern und 1 Fall bei einem Holzbildhauer beobachten. Da bei normaler Beschaffenheit eine subkutane Sehnenzerreissung nie beobachtet wurde, muss eine pathologische Ver-



änderung des Sehnengewebes angenommen werden, wie sie durch den chron. traumatischen Reiz (bei den Trommlern) hervorgerufen wird. Auch ein einmaliges Trauma muss nach Verf.'s Ansicht imstande sein, ähnliche Veränderungen hervorzurufen. Die typische Stelle der Zerreissung der Daumenstrecksehne ist die, an der die Sehne unter dem Lig. carpi dorsale hervertretend sich in scharfem Winkel daumenwärts wendet. Vielleicht kommt Reibung über die Carpalia — ähnlich wie die Bänder der Schnürschuhe über die Oesen, mit inbetracht. — Die in den von Verf. aufgeführten Fällen ausgeführte Transplantation der Sehne des Ext. carpi radial. long. auf den peripheren Stumpf der durchrissenen Daumenstrecksehne hatte vollen Erfolg. **Baisch**-Heidelberg.

43) **Le Damany** (Rennes). Les luxations congénitales de la hanche. A quelles époques de la vie se font-elles? Quelles en sont les variétés pathogéniques? (In welcher Lebensepoche entsteht die angeborene Hüftluxation und welche pathologischen Varietäten kommen vor?) (Rev. de chir. 40. Bd. S. 632.)

Verf. unterscheidet die anthropologische und die teratologische Form der Hüftluxation sowie Uebergänge zwischen diesen beiden Arten und zum Normalzustand. Die anthropologische Luxation, wie Le D. sie nennt, ist durch Anteversion der Hüftpfanne und Torsion des Femur bereits intrauterin vorbereitet, entsteht aber erst im extrauterinen Leben dadurch, dass das vorher gebeugte Hüftgelenk gestreckt wird. Untersuchungen bei 1647 Neugeborenen ergaben keinmal eine ausgesprochene Luxation, dagegen 23 Mal die Vorstufe der Verrenkung (hanche luxable, wie Verf. sie nennt). Eintreten kann die Luxation zu jeder Zeit nach der Geburt, noch vor dem Laufenlernen, bemerkt wird sie meistens bei den Gehübungen der Kinder, doch kann sie auch erst nach Ablauf der ersten Lebensjahre in Erscheinung treten.

Die teratologische Form kommt in Zusammenhang mit anderen Missbildungen bei totgeborenen Föten und nicht lebensfähigen Kindern vor. Sie zeichnet sich dadurch aus, dass das Femur keine Torsion aufweist, und ihre Entstehung ist auf die erste Hälfte des intrauterinen Lebens zurückzuführen. Als Ursache fand sich bei zwei von Verf. genauer untersuchten Fällen abnorme Lagerung der Extremität infolge von Raumbeengung durch Missbildungen des Fötus. Beide Ursachen, Missbildungen des Fötus und Einwirkung des mütterlichen Uterus, welch letztere ihren Ausdruck in der Torsion des Femur findet, können nach Le D. zur Entstehung einer Luxation zusammenwirken.

Ottendorff - Hamburg-Altona.



44) **Weih** (Breslau). Ueber den anatomischen Befund bei kongenitaler Luxation des Hüftgelenks. (Zeitschr. f. orth. Chir. XXIV. Bd. 1.—2. H. S. 214.)

Im Anschluss an die anatomische Beschreibung des Präparates einer Hüftluxation bei einem Mädchen von $1^1/_2$ Jahren bespricht Verf. ausführlich die verschiedenen Theorien über die Entstehung dieses Leidens. W. neigt im grossen und ganzen zu der mechanischen Theorie hin, da dieselbe am besten begründet erscheint.

Ottendorff - Hamburg-Altona.

45) **Lange** (München). Die Stellung des Oberschenkels im Verband nach der Reposition der angeborenen Hüftverrenkung. (Zeitschr. f. orth. Chir. XXV. Bd. S. 164.)

Das wichtigste Mittel zur Retention des Kopfes in der Pfanne ist die im Anschluss an die Reposition auftretende Kapselschrumpfung. L. hat deshalb Untersuchungen darüber angestellt, in welcher Position die Bedingungen für die Schrumpfung der Kapsel am günstigsten sind. Es ist dies eine Stellung des Beines in Abduktion von 130° Innenrotation und Streckstellung. Wenn man die Lorenz'sche Position als primäre gibt, so wird der Kapselschlauch um 180° gedreht und damit der Kopf fixiert, doch wird bei Ueberführung des Beines in Normallage die Kapsel wieder aufgedreht und der Kopf damit locker. Daher die relativ häufigen Reluxationen nach vorn. Bei der von L. gewählten Stellung ist aber die Gefahr die, dass der Kopf im ersten Verbande nach hinten herausgleitet. Es ist deshalb im exakt anliegenden Verbande durch Druck auf den Trochanter der Kopf zu fixieren. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

46) **Schanz** (Dresden). Zur Behandlung der angeborenen Hüftverrenkung. (Zeitschr. f. ort. Chir. XXV. Bd. S. 94.)

Sch. beschreibt das von ihm geübte Verfahren der Reposition. Er zieht das in Knie und Hüfte rechtwinklig gebeugte Bein über den Bauch des Kindes mit plötzlichem Rucke an, indem er zugleich eine Innenrotation ausführt. Mit diesem Ruck tritt der Kopf in die Pfanne. Unter Erhaltung des Zuges wird dann das Bein in rechtwinklige Abduktion übergeführt. Verf. rühmt seinem Verfahren leichte Ausführbarkeit und grosse Sicherheit nach. Auch weil die vorderen Kapselpartien dabei nicht gedehnt werden, sei die Retention des Kopfes weitaus sicherer. Sch. bemisst deshalb die Fixationsperiode im allgemeinen nur auf 6 Wochen. Zur Nachbehandlung verwendet Sch. nur die Höftmannsche Bandage, die lediglich den Zweck hat, schädliche Bewegungen des luxierten Beines zu ver-



hindern. Verbesserungen der Stellung oder Massage werden nicht vorgenommen, da gerade derartige Prozeduren am leichtesten eine Reluxation zu Stande bringen. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

47) **Weber** (München). Ueber die Neubildung des knöchernen Pfannendaches bei der angeborenen Hüftverrenkung. (Zeitschr. f. orth. Chir. XXV. Bd. S. 144.)

Durch Untersuchung von Röntgenbildern, die im Verlauf der Behandlung und nachher bei einer grösseren Anzahl von Luxationsfällen aufgenommen waren, hat W. festgestellt, dass eine bessere Ausbildung des knöchernen Pfannendaches nie während der Verbandperiode, sondern erst dann stattfindet, wenn die Kinder schon längere Zeit ohne Verband herumgelaufen sind. In manchen Fällen trat auch später keine bessere Ausbildung des Pfannendaches ein. Es wirkt demnach nicht der Reiz des reponierten Kopfes in dem Sinne einer Neubildung des Pfannendaches, sondern erst die Funktion des Gelenkes. Verf. weist auch darauf hin, dass man für die Diagnose einer Pfannendachneubildung nur unter gleichen Verhältnissen aufgenommene Bilder benutzen könne, und erörtert die verschiedenen Möglichkeiten von Fehlern bei der Aufnahme.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

48) **Hohmann** (München). Ueber schnellende Hüfte. (Zeitschr. f. orth. Chir. XXIV. Bd. 1.—2. H. S. 120.)

H. fand bei seiner Pat. als Ursache des Schnappens eine Verschiebung des vorderen Glutäalrandes über den Trochanter, die bei jeder Beugung und Streckung eintrat. Eine Vernähung dieses Randes mit der Hinterfläche des Trochanters brachte das Phänomen zum Schwinden. **Ottendorff** - Hamburg-Altona.

49) **Heusner** (Barmen). Beitrag zur Behandlung der tuberkulösen Hüftgelenkentzündung. (Zeitschr. f. orth. Chir. XXV. Bd. S. 6.)

H. verwirft die Extensionsbehandlung der Coxitis in Bettruhe und wendet lieber die ambulante Methode im fixierenden und entlastenden Verband an. Sein Verband besteht in einem Filzmantel, der mit Harzlösung auf der Haut festgeklebt und durch Anwicklung von Aluminiumstreifen mittels Stärkegaze versteift wird. Ein Bügel unter der Fusssohle besorgt die Entlastung des Gelenkes. Von 17 auf diese Weise behandelten Fällen heilten 7 mit mehr oder weniger beweglichen Gelenken, 7 andere mit fester Ankylose aus. In zwei



weiteren Fällen musste reseciert werden, einer davon starb, der andere wurde nach fast 3jährigem Krankenhausaufenthalt in ziemlich desolatem Zustand entlassen. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

50) **José Blanc.** La cojera en los niños. (Rev. Clin. de Madrid Bd. II. Nr. 15. 1909.)

In einer sehr ausführlichen Arbeit bespricht B. die Diagnose und speziell auch die Differentialdiagnose der kindlichen Coxitis. Die Arbeit bietet keine besonders bemerkenswerten und von unseren Anschauungen verschiedene Gesichtspunkte. **Stein**-Wiesbaden.

51) **Royal Whitmann** (New York). Ein weiterer Beitrag zur Abduktionsbehandlung der Schenkelhalsfraktur. (Zeitschr. f orth. Chir. XXIV. Bd. 1.—2. H. S. 161.)

Nach W.'s Ausführungen erscheint die gute Heilung einer Schenkelhalsfraktur auch bei älteren Leuten keineswegs so zweifelhaft, als für gewöhnlich angenommen wird. W. verfährt in der Weise, dass er das Bein etwas innen rotiert, stark extendiert und abduciert. Es legen sich dann die Fragmente in korrigierter Stellung aneinander und der sich gegen das Becken anstemmende Trochanter verhütet ein Hochrutschen des Beines. In einer Anzahl von Fällen hat W. noch einen Bohrer durch den Trochanter in das proximale Fragment hineingetrieben, um die Fixation noch sicherer zu gestalten. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

52) **Bade** (Hannover). Beitrag zu den Gefahren der subtrochanteren Osteotomie. (Zeitschr. f. orth. Chir. XXV. Bd. S. 180.)

B. zeigt an der Hand einiger Fälle, dass die sonst so segensreiche subtrochantere Osteotomie auch ihre Gefahren haben könne. Bei zwei Patienten, bei denen die Osteotomie durch den Trochanter und den Ansatz des Halses angelegt worden war, kam es zur Nekrose des Kopfes und langwieriger Eiterung des Hämatoms, in einem Falle sogar zum Exitus. Das Redressement der osteotomierten Hüfte führte in einem anderen Falle zu einer Fraktur des horizontalen Schambeinastes, da infolge Nichtgebrauch des Beines eine sehr starke Osteoporose bestand. Ein vierter Unfall ereignete sich bei einer Osteotomie wegen Coxa vara, wobei durch das Abduktionsmanöver der Kopf nach unten aus der Pfanne gedrängt wurde. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.



53) **Vulpius** (Heidelberg). Das Hüftschaukelscharnier. (Zeitschr. f. orth. Chir. XXIV. Bd. 1.—2. H. S. 71.)

Das von Bingler konstruierte Scharnier ist in der Weise angeordnet, dass sich das die Beugung vermittelnde Scheibengelenk noch um eine sagittale Achse drehen kann, wodurch auch die Abduktion ermöglicht wird, die sich ausserdem durch eine Stellschraube regulieren lässt.

Ottendorff - Hamburg-Altona.

54) **Neri** (Bologna). Die nervösen Folgeerscheinungen der einseitigen und doppelseitigen Ischiadicusdehnung. (Zeitschr. f. orth. Chir. XXIV. Bd. 1.—2. H. S. 87.)

N. hat durch Tierexperiment die Einwirkung der Ischiadicusdehnung auf die gleichseitige und auf die andere Extremität, sowie die allgemeinen Reaktionserscheinungen untersucht und mit den klinischen Befunden verglichen. Einseitige Ischiadicusdehnung auf kürzere Zeit zeigt Störungen der Motilität und Sensibilität auch über das Gebiet des afficierten Nerven hinaus. Lang dauernde Dehnung über 40 Stunden ergibt irreparable Lähmungen infolge Degeneration des Nerven. Auch in der anderen Extremität können sowohl im Tierexperiment, wie in der Klinik infolge Zugübertragung durch das Rückenmark hindurch Reizerscheinungen der sensiblen und motorischen Sphäre beobachtet werden. Auch allgemeine cerebrale Irritation tritt nach einseitiger und in noch stärkerem Masse bei doppelseitiger Dehnung auf. Bei längerer Dauer gehen die Versuchstiere unter klonischen Krämpfen zu Grunde. Auch beim Menschen ist hin und wieder ein letaler Ausgang beobachtet worden. Die von N. geschilderten Pat. blieben jedoch am Leben, da durch Abnahme der Verbände die Dehnung des Ischiadicus aufgehoben wurde.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

55) **G. Doberauer.** Eine besondere Form rachitischer Oberschenkelverkrümmung. (Beitr. z. klin. Chir. 67. Bd. (Festband für Wölfler) p. 466.)

Die im 10. Lebensjahr bei dem Mädchen aufgetretene rachitische Verkrümmung des Oberschenkels sass in der Diaphyse und war direkt nach vorne konvex gerichtet, sodass bei Fehlen jeglicher Gegenkrümmung das Kniegelenk fast rechtwinklig nach hinten stand. Das Gelenk selbst war völlig frei. Keilosteotomie über der Höhe der Krümmung beseitigte die pathologische Stellung.

Balsch-Heidelberg.



56) **Gintz.** Ueber eine seltene Art von Heilung einer komplizierten Oberschenkelfraktur durch Brückencallus. (Beitr. zur klin. Chir. 67. Bd. (Festband für Wölfler) p. 462.)

Verf. beschreibt einen Fall von Heilung einer komplizierten Oberschenkelfraktur, an dem die Bildung des henkelförmigen Callus etwas Eigenartiges sein dürfte. Die Bildung des periostalen Brückencallus an und für sich auf der Innenseite winklig geheilter Frakturen dagegen ist wohl etwas Gewöhnliches. **Balsch**-Heidelberg.

57) **Bilhaut** (Paris). Un nouveau cas d'absence congénitale des deux rotules. (Ein neuer Fall von Fehlen beider Kniescheiben). (Ann. de chir. et de l'orth. Bd. XXIII. S. 65.)

B. bringt einen neuen Fall von Fehlen der Patella bei einem Knaben von 17 Monaten und im Anhang dazu noch einen weiteren bei einem 7monatlichen Mädchen. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

58) **Hübscher** (Basel). Ueber Operationen bei habitueller Luxation der Kniescheibe. (Zeitschr, f. orth. Chir. XXIV. Bd. 1.—2. H. S. 1.)

H. weist am Modell nach, dass eine Bändererschlaffung die unerlässliche Vorbedingung zur Entstehung der Luxation der Patella sei. Das Bestehen eines Genu valgum vermehrt erheblich die Gefahr des Eintretens der Verrenkung. Auf Grund dieser Untersuchungen hält Verf. die Methode, welche in einer Abspaltung des inneren Drittels des Ligamentum patellae und einer Verlagerung an den medialen Kondylus der Tibia in Verbindung mit einer Faltung der medialen Kapselpartien besteht, für das beste Heilverfahren.

Ottendorff - Hamburg-Altona.

59) **Hohmann** (München). Zur Verdickung der Tuberositas tibiae. (Zeitschr. f. orthop. Chir. XXIV. Bd. 1.—2. H. S. 153.)

Die zwei von H. beobachteten Fälle (Knabe von 15 und Mädchen von 13 Jahren) scheinen ihm nach Anamnese und Befund dafür zu sprechen, dass es sich dabei um eine Verletzung eventuell durch ein nur geringes Trauma (Knieen) handelt. Eine Entwicklungsstörung glaubt H. ausschliessen zu können. Ein hufeisenförmiges Stück Filz, das mit Heftpflasterstreifen den schmerzhaften Teil umgreifend, befestigt wurde, behob die vorhandenen Beschwerden. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

60) **Drehmann** (Breslau). Die paraartikuläre Korrektur winkliger Knieankylosen. (Zeitschr. f. orth. Chir. XXV. Bd. S. 1.)

D. empfiehlt, statt der Keilresektion bei winkligen Knieankylosen



lieber die lineäre schräge Osteotomie unmittelbar oberhalb und unterhalb der Knickung zu machen. D. osteotomiert zunächst am Unterschenkel Fibula und Tibia, dehnt dann vorsichtig die Weichteile und durchtrennt schliesslich das Femur. Tenotomien der Kniebeuger hält D. für überflüssig. **Ottendorff - Hamburg-Altona.**

61) G. **Orgelmeister.** Zur Frage der Operationsmethode bei Genu valgum. (Beiträge zur klin. Chir. 67. Bd. (Festband für Wölfler) p. 390.)

Angeregt durch eine Arbeit von Pätzold aus der chirurgischen Klinik in Königsberg über das gleiche Thema, worin der Autor von dem Grundsatz ausgehend, immer an der Stelle der Verkrümmung zu osteotomieren, die Osteotomie der Tibia bei Genu valgum am meisten empfiehlt, hat Verf. das Material der Wölflerschen Klinik untersucht mit dem Ergebnis, dass die lineäre, supracondyläre Osteotomie des Femur nach Mac Ewen völlig befriedigende Resultate liefert und daher die souveräne Behandlungsmethode bei Genu valg. bildet, selbst da, wo die Tibia sich an der Krümmung mitbeteiligt. Die Tibia- bezw. Tibia + Fibula-Osteotomie will Verf. auf die ganz schweren Fälle, wo die Tibia ausschliesslich Sitz der Verkrümmung ist, beschränkt wissen, wegen der Gefahr der Peronaeuslähmung, die selbst sekundär durch den Callus noch hervorgerufen werden kann. Unter 100 Gelenken wurde 75 mal Femurostetomie, 2 mal Tibiaosteotomie und 23 mal langsames Redressement mit Gersunyschem Verband ausgeführt. Ueble Zufälle wurden nirgends beobachtet. In allen Fällen erfolgte Heilung, allerdings blieb in einer ganzen Reihe von Fällen die winklige Knickung des Femur und teilweise Bajonetstellung bestehen, doch konnte Verf. vielfach eine spätere Streckung des Knickungswinkels beobachten. Verkürzungen des osteotomierten Beines waren gewöhnlich zu beobachten, aber nur geringgradig, 1½—2 cm., nie über 3 cm. Verf. glaubt jedoch nach einem (dem letzten) Fall, der mit Heftpflasterextension und Semiflexionsschiene behandelt wurde, dass diese Methode noch bessere Stellungsresultate zeitigen wird. **Balsch-Heidelberg.**

62) **Riedel** (Jena). Die Drainage des hinter den Kondylen gelegenen Kniegelenkabschnitts bei Arthritis purulenta genu. (Deutsche med. Wochenschr. 1910. Nr. 13. S. 602.)

R. plädiert dafür, ein vereitertes Kniegelenk nicht vorn neben der Patella zu incidieren, sondern von hinten her die Ligamenta lateralia von den Femurkondylen abzutragen. Alsdann ist das in



leichte Beugestellung gebrachte Gelenk leicht ausgiebig zu drainieren. Das zunächst etwas wacklige Gelenk wird durch Narbenzug später wieder fest. Die beiden von R. beschriebenen Fälle heilten auf diese Weise aus und ergaben ein relativ gutes funktionelles Resultat.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

63) **Thöle** (Hannover). Die Entstehung der typischen Wadenbeinbrüche der Infanteristen. (Deutsche Militärärztl. Zeitschr. 1910. 8. H.)

Nach Hopfengärtner (D. M. Z. 1907. 3. Heft) entstehen die Wadenbeinbrüche der Infanteristen durch Heruntertreten auf den supinierten Fuss, wobei die Fibula abgebogen und abgeknickt werde und an ihrer dünnsten Stelle breche. Eventuell wirke noch eine Kompression in der Längsrichtuug mit, vielleicht auch eine Abreissung durch Zug der Mm. Peronaei.

Th. sucht zuerst zu beweisen, dass der typische Wadenbeinbruch in vivo nicht durch Abbiegen oder Kompression entstehen kann. Durch Versuche an Leichen zeigt er, dass 1. ein Abbrechen der Fibula durch stärkstes Supinieren des Fusses weder mit Hilfe der Hand noch durch einen Flaschenzug möglich ist. 2. Die Fibula eine viel grössere Biegung aushält, als sie beim Lebenden je vorkommen kann. 3. Durch Zugwirkung (Muskelzug!) die Fibula leicht zu brechen ist, wobei sie stets am Angriffspunkt der wirkenden Zugkraft einbricht.

An der Prädilektionsstelle der Wadenbeinbrüche beginnt nun der M. flexor halluc. long. (zusammen mit dem Peroneus brev.). Sind Fuss und grosse Zehe in Dorsalflexion fixiert und sollen sie jetzt durch aktive Kontraktion der hinteren Unterschenkelmuskeln plantarflektiert werden, so kann durch starke Kontraktion des M. flexor halluc. long., der den Fuss plantar flektiert (aber auch supiniert!) die Fibula unterhalb des oberen Drittels nach hinten gezogen werden und schliesslich nach hinten und etwas nach aussen einbrechen.

Dass die isolierten Fibulafrakturen fast ausschliesslich bei Rekruten vorkommen, „deren Muskeln . . . . noch nicht hinreichend durch das Training zu zweckmässiger Zusammenarbeit geübt sind", ist nach Th.'s Meinung eine weitere Stütze für seine Theorie. Die verschiedenen Stufen: Periostzerrung, Infraktion, subperiostaler Bruch ohne Dislokation, Bruch mit Dislokation und Splitterung sind für ihn nur „quantitativ verschiedene Folgen derselben Ursache: des aktiven Zuges des passiv gedehnten Flexor hallucis (und Peronaeus brevis). Ein weiter Weg zur Anschauung Helferichs, der die



Entstehung isolierter Fibulafrakturen nur durch Einwirkung einer heftigen direkten Gewalt für möglich hält! (H. Frakturen und Luxationen 7. Auflage). **Natzler**-Heidelberg.

64) **König** (Berlin). Zur klinischen Geschichte der Fersenneuralgie. (Deutsche med. Wochenschr. 1910. Nr. 13. S. 597.)

K. fand als Ursache von Fersenschmerzen in 4 Fällen entzündete Schleimbeutel, die bei zwei weiteren Fällen noch mit Exostosen des Calcanens vergesellschaftet waren. Die Entzündung dieser Schleimbeutel ist durch eine Infektion, meistens Gonnorrhoe bedingt. Die Knochenveränderungen hält K. in diesen Fällen für sekundär. Die Spornbildung, die verhältnismässig häufig vorkomme, sei an und für sich nicht schmerzhaft, sondern werde es erst durch eine hinzutretende Infektion. In drei weiteren Fällen waren die Beschwerden bloss durch Knochenveränderungen, die durch Trauma entstanden waren, verursacht. Entsprechend dem Befund, dass der entzündete Schleimbeutel die Ursache für die Schmerzen abgab, hält Verf. die operative Entfernung dieser Bursa für indiciert.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

65) **J. Nonell.** Tres casos de localizaciones osteoperióstico-calcáneas del reumatismo blenorrágico. (Actas Dermo-Sifiliograficas Madrid Bd. I. Nr. 1.)

Mitteilung von 3 Fällen von periostaler Erkrankung des Kalkaneus nach Gonnorrhoe. Es handelt sich um 3 Kranke, bei denen die genannte Erkrankung sich unmittelbar an das Stadium der akuten Infèktion mit Gonnorhoe angeschlossen hatte. Bei dem einen bestand ausserdem noch eine Erkrankung der Metatarso-Phalangealgelenke, bei dem andern eine sehr grosse Schmerzhaftigkeit der Planta pedis. Es werden die verschiedenen Theorien über das Zustandekommen speziell der Erkrankung am Calcaneus behandelt und dann die relative Seltenheit der wirklichen durch Gonnorrhoe hervorgerufenen derartigen Erkrankungen hervorgehoben.

Stein-Wiesbaden.

66) **v. Osten-Sacken** (Petersburg), Zur orthopädischen Chirurgie des veralteten Klumpfusses. Zeitschr. f. orth. Chir. XXIV. Bd. 1.—2. H. S. 73.

Verf. führt das Redressement des Klumpfusses sowohl bei Erwachsenen wie bei Kindern unter Esmarchscher Blutleere aus, weil infolge Fortfalles des hydrodynamischen Momentes die Traumatisierung der Weichteile eine geringere werde. Um eine ganz präzise Ein-



wirkung auf die prominenten Knochenteile zu erzielen, benutzt er einen Hebel mit Pelotte, wobei die Pelotte auf die vorstehenden Knochen aufgesetzt wird, während der Hebel an einer Schlinge, die den Vorderfuss umgreift, einen Gegenhalt findet. Im allgemeinen dürften mehrere Sitzungen nötig sein, da die Weichteile dem Trauma der Vollkorrektur in einer Sitzung kaum gewachsen sind.

Ottendorff - Hamburg-Altona.

67) **I. K. Young** (Philadelphia). The etiologie of hallux valgus or the intermetatarseum. (Americ. journ. of orth. surg. 1910 Bd. VII. 3.)

Gemeinhin nimmt man als Ursache des Hallux valgus unzweckmässiges Schuhwerk an, einzelne Autoren beschuldigen auch Bänderschlaffheit und Muskelatrophie (Adductor hallucis!), wieder andere halten die Deformität für einen chronischen Rheumatismus und eine Osteoarthritis.

Die meisten Autoren haben ihre Augen ausschliesslich auf das Metatarso-phalangealgelenk gerichtet. Y. hat nun an Röntgenbildern von Hallux valgus ebenso wie an 7 Hallux-valgusfällen von 134 frischen Fussskeletten immer einen schrägen Verlauf der Gelenklinie zwischen Metatarsale I. und Cuneiforme I. gefunden, herrührend von einer Substanzvermehrung der Basis des Mittelfussknochens oder des Cuneiforme.

In der Literatur fand er die Bemerkung von Dwight, dass zwischen dem I. und II. Metatarsale ein Os intermetatarseum vorkomme, das manchmal mit dem ersten Keilbein oder 1. oder 2. Mittelfussknochen verwachsen sei. Y. glaubt, dass diese Anomalie manchmal den hallux valgus hervorbringen müsse. Die Therapie würde dann in der Entfernung des intermetatarseum bestehen, eine Operation, die Y. auch schon mit Erfolg ausgeführt hat.

In der Diskussion*) fordert Freiberg genauere Feststellung über die Häufigkeit und den Zusammenhang des Intermetatarseum mit dem Hallux valgus. Erst dann sollte man einen Operationsplan aufstellen.

Dane (Boston) hat das Intermetatarseum oft gefunden, manchmal dabei Hallux valgus, manchmal nicht.

Ryerson glaubt, dass das „angebliche“ Intermetatarseum Folge und nicht Ursache des Hallux valgus ist. (Osteoarthritis!)

Auch Wilson konnte in 75 Fällen von Hallux valgus keine

*) Vortrag in der amer. orth. assoc., Hartford, Juni 1909.



Abnormität im Fuss ausser der im Metatarsophalangealgelenk entdecken.

Young hat bei 137 Halluxvalgusfällen das Intermetatarseum 107 mal gefunden. **Ewald**-Hamburg.

67 a) **Krumbein.** Zur Behandlung der Mittelfussknochenbrüche mit der elastischen Klebrollbinde. (Deutsche Militärärztl. Zeitschr. 1910. H. 8.)

K. hat nach dem Vorgang von R. v. Heuss (D. M. Z. 1908. S. 22 ff.) im Garnisonlazarett I Berlin 51 Fälle von Mittelfussknochenbruch durch Verband mit elastischen Klebroll- („Klebro") binden behandelt. Die besonderen Vorzüge dieser Binde sind: ihre grosse Elastizität, grosse Klebkraft und lange Haltbarkeit. Die Kranken durften einige Stunden nach Umlegen der Binde schon aufstehen und in Schnürschuhen umhergehen. In ca. 30% der Fälle bestanden Schmerzen nur am ersten Tag, bei den übrigen 70% dauerten sie 2—4 Tage. Länger dauernde Schmerzen sind einer fehlerhaften Verbandtechnik zur Last zu legen. Der Verband liegt bei frischen Fällen 3, bei älteren Fällen 2—2½ Wochen. Schädigungen der Haut sind niemals beobachtet worden. Jeden zweiten Tag nahmen die Patienten im Verband ein kaltes Fussbad.

In 42 Fällen vorgenommene Kontroll-Röntgenuntersuchungen ergaben bei allen frisch in Behandlung gekommenen Brüchen gute Konsolidierung mit meist ringförmigem Kallus nach durchschnittlich 3 Wochen. Ueberreichliche Kallusbildung, wie sie bei älteren, spät in Behandlung gekommenen Fällen oft auftritt, starke Beschwerden verursacht und nicht selten zur Dienstunbrauchbarkeit führt, trat bei den mit Klebrobinde behandelten Fällen nie auf. Rückfälle wurden nie beobachtet.

Die Versuche fordern zur Nachprüfung auf. Die Behandlung eignet sich nicht nur für militärdienstliche Verhältnisse, sondern auch für die allgemeine Unfallpraxis, wenn sie hält, was K. als besondere Vorzüge hervorhebt: Der Fuss kann sofort wieder gebraucht werden, dadurch wird die sonst gewöhnlich hochgradige Atrophie der Unterschenkelmuskulatur vermieden und die Kranken werden rasch wieder der Arbeit zugeführt. **Natzler**-Heidelberg.

Kongress- und Vereinsberichte.

68) **Grissen.** Aerztlicher Verein in Hamburg 7. VI. 10. (Münch. med. Woch. Nr. 24. 1910.)

Ueber orthostatische Albuminurie, die bei einem 20 jährigen Mann bestand, zunahm und Arbeitsunfähigkeit bedingte. Heilung durch den Apparat

Preleitners, der aus Beckenring mit federnder Pelotte hinten besteht, die die Wirbelsäule nach vorn drängt. **Hohmann**-München.

69) **A. Fränkel.** Verein für inn. Med. u. Kinderheilk. Berlin. (Deutsche med. Woch. 1910. Nr. 22.)

Multiple Haut- und Nervenfibrome.

Vorstellung eines seltenen Falles, eines Kindes mit angeborenen grossen Geschwülsten an der Hautoberfläche des Rückens und unterhalb der Mammae, die durch derbe Stränge mit den grossen Nervensträngen im Zusammenhang stehen und auf Druck schmerzhaft sind. Ausser diesen Geschwülsten, die von Recklinghausen zuerst genau beschrieben worden sind und als Neurofibrome angesehen werden müssen, zeigte die Patientin eine offenbar trophoneurotische Deformität der Finger der linken Hand, die in ihren Phalangengelenken abnorm dorsalflektiert werden können. Ausserdem besteht Knochenatrophie der Phalangen und eine Subluxation der Hand. Ueber den Ausgangspunkt der Neurofibrome der Haut sind die Meinungen noch geteilt. **Hohmann**-München.

70) **C. Ballabene.** Esperienze su di un nuovo preparato chimico nella cura delle affezioni gottose e reumatiche. (Soc. med.-biol. mil. 15. genn. 1910.)

Redn. berichtet über den therapeutischen Wert eines von ihm hergestellten Präparates, das er mit erfreulichem Erfolg bei arthritischen, gichtischen, rheumatischen und neuralgischen Formen überhaupt versucht hat. Das Präparat wird durch die Vereinigung einer Verbindung der Benzoreihe mit einer Verbindung der Amylreihe erhalten, d. h. es handelt sich um ein Tetramethylamin valeianat. Nach dem Redn. wirkt die Substanz antitoxisch, tonisch auf die Herzfunktion und ist sowohl lokal an der Injektionsstelle wie auf den Organismus unschädlich.

Forlanini benutzte in seiner Krankenhaus- wie Privatpraxis in grossem Masstabe das von Ballabene vorgeschlagene Mittel in Fällen, in denen die beiden anderen gewöhnlichen Mittel erfolglos geblieben waren, und kann demnach seine Unschädlichkeit und seine reelle therapeutische Wirksamkeit bezeugen. **Buccheri**-Palermo.

71) **Neumann.** Verein Freiburger Aerzte. 25. II. 10. (Münch. med. Wochschr. Nr. 23. 1910.)

N. berichtet einen Fall von Nagelextension, durch die es gelang nach Refrakturierung einer mit 14 cm Verkürzung geheilten Fraktur (an welchem Knochen verschweigt der Bericht in der M. M. Woch.) die Verkürzung bis auf 2 cm. auszugleichen.

Oberst demonstriert an Röntgenbildern, dass der Zug manchmal zu stark werden kann. **Hohmann**-München.

72) **C. Solari.** Cura delle fratture ritardanti a consolidarsi nei soggetti sifilitici. (Corr. Sanit. 1910. Nr. 5.)

Die experimentellen Untersuchungen an Tieren haben gezeigt, dass die Osmiumsäure in konzentrierter Lösung Nekrose des Knochens und Vernichtung der Osteoblasten hervorruft; während sie in therapeutischer Dose und in Lösung



von 1% die Osteoblasten zu ihrer Funktion anregt mit Bildung eines Knochenkallus, wenn Frakturen gesetzt worden waren, und von neoformativen Periostitiden, wenn die Injektion nahe dem Periost eines gesunden Knochens gemacht wird.

Welches die Wirkungsweise der Osmiumsäure ist, ist noch nicht festgestellt. Verf. hat damit in einem Fall einen glänzenden Erfolg erzielt.

Buccheri-Palermo.

73) **Dialti.** Anestesia e riduzione delle lussazioni. (R. Accad. dei Fisiocrit. di Siena. 27 nov. 1909.)

Redn. hat bei der Reposition der Luxationen das Verfahren von Lerda und Quénu versucht und damit günstige Resultate erzielt. Er konnte so durch die einfache lokale Anästhesie in einem Fall von Hüftgelenkluxation und in einem von Luxation der Schulter des durch den Schmerz und die Reflexmuskelkontraktion gebildeten Hindernisses Herr werden.

Redn. glaubt, dass die Methode auf sämtlichen Luxationen und die grosse Mehrheit der Individuen ausgedehnt werden kann und dass sie jedenfalls stets versucht werden muss, bevor zur Narkose oder Rachianästhesie gegriffen wird. Bei der Wahl eines Anästhetikums ist wegen ihrer geringen Giftigkeit dem Stovain oder seinen Surrogaten der Vorzug zu geben.

Buccheri-Palermo.

74) **Ottendorff.** Altonaer ärztlicher Verein 23. II. 10. (Münch. med. Woch. Nr. 24. 1910.)

Ueber Skoliose. Unter 2293 Altonaer Volksschulkindern (1373 siebenjährig und 920 vierzehnjährig) fanden sich bei den Mädchen der untersten Klassen 4,4% Schiefhaltungen und 3% fixierte Skoliosen. In den obersten Klassen 24,5% Schiefhaltungen und 5,88% Skoliosen. Bei den Knaben in den Unterklassen 5% Schiefhaltungen und 2,44% Skoliosen, in den Oberklassen 15% und 5,37%. Unter 24 fixierten Skoliosen der Mädchenunterklassen bei 10 deutliche rhachitische Symptome, in den Oberklassen unter 25 Skoliosen 11 rhachitische. Bei den Knabenunterklassen unter 25 Skoliosen 16 rhachitische, in den Oberklassen unter 39, 20. Umber erwähnt die diagnostischen Schwierigkeiten bei Perkussion und Auskultation bei Erkankungen der Brustorgane schwerer Skoliotischer.

Hohmann-München.

75) **Forster.** Gesellschaft der Charitéärzte. (Berlin. klin. Woch. 1910. Nr. 23.)

F. teilt einen sehr interessanten Fall von allem Anschein nach spinaler Syphilis mit, bei dem heftige Schmerzen im kleinen Finger der linken Hand, später auch der rechten Hand bestanden. Links führten sie zu einer Abduktionsstellung des kleinen Fingers, weil in dieser Stellung die Schmerzen am geringsten waren. Die Schmerzen hatten ihren Sitz in den Metakarpalgelenken. Ausserdem bestand zeitweilig Babinski, Fehlen der Pupillenreaktion auf Licht, Konvergenzreaktion war erhalten, leichte Sensibilitätsstörungen in der Mamillengegend, auch leichte Blasenstörungen. Trotz negativer Anamnese nahm man Lues an. Wassermann war positiv. Gegen reine Tabes sprachen der Babinski und die eigentümlichen Schmerzen der linken Hand. Schmierkur und Jod erfolglos. Es wurde zur Beseitigung der Schmerzen, die sehr heftig waren und Suicidgedanken weckten, die Förstersche Operation vorgenommen, die 7. und 8.



Cervicalwurzel durchtrennt, obwohl die Operation theoretisch nicht ganz gerechtfertigt war. Bei der Annahme einer Reizung der hinteren Wurzeln durch gummöse Auflagerungen könnten doch die Schmerzen nach der Durchschneidung zentralwärts weiter bestehen. Trotzdem brachte die glücklich ausgeführte Operation einen gewissen Erfolg, wesentliche Besserung der Schmerzen. In der Diskussion erklärte Ziehen die Art, wie man sich hierbei und bei Tabes den Erfolg der Durchschneidung vorstellen müsse. Wenn man im Bereich der hinteren Wurzeln durchschneidet, muss der zentralwärts gelegene Teil der hinteren Wurzel, der Sitz des degenerativen Prozesses, der Ursprungsort der Schmerzen, der vollständigen Degeneration anheimfallen, da er von den Spinalganglienzellen, den Ursprungszellen, abgetrennt ist. Bei der Operation des beschriebenen Falles entleerte sich eine grössere Menge Flüssigkeit, vielleicht das Zeichen einer meningitis serosa, die auf die Wurzeln drückte.

Hohmann-München.

76) **Ninni.** Frattura dell'omero per cisti da echinococco del midollo. (R. Accad. med. chir. di Napoli. 28 gennaio 1910.)

In dem mitgeteilten Fall von Humerusfraktur durch Echinokokkuszyste des Markes wurde Heilung nach dem zweiten Eingriff mit Metallnaht erzielt.

Buccheri-Palermo.

77) **Preiser.** Biolog. Abt. des ärztl. Vereins Hamburg 19. IV. 10. (Münch. med. Woch. 1910. Nr. 25.)

Arthritis deformans des Ellenbogens eines 38 jährigen Kapitäns im Anschluss an eine Ellenbogenluxation in der Jugend und eine weitere vor 15 Jahren. Ausser der typischen Deformierung der Gelenkenden fanden sich ca. 50 freie Körper im Gelenk. **Hohmann**-München.

78) **Canestro.** Malattia del Dupuytren da trauma diretto. (La med. degli infort. del lavoro. 1909.)

Der Dupuytrenschen Krankheit kann als Ursache ein einziges direktes Trauma zukommen, das, wenn es bei der Arbeit vorkommt, eine Unfallsfrage bilden kann.

Es besteht ein charakteristisches Symptom für die Differentialdiagnose dieser Form und der reellen oder simulierten tendinogenen Kontraktur.

Wenn die Krankheit trotz sorgfältigster Kuren eine gewisse Zeit persistiert, so ist die Läsion, da nicht gefordert werden kann, dass Patient sich einen Operationsakt unterziehe, als permanent zu betrachten.

Buccheri-Palermo.

79) **Esdra.** Tre casi di osteiti tubercolari guariti con la radioterapia. (Soc. Lancis degli osped. di Roma, 29 genn. e 12 febb. 1910.)

Redn. berichtet über drei Fälle von tuberkulöser Osteitis der Hände, die durch die Radiotherapie zur Heilung kamen. Er legt die Photographie und Radiographie vor und nach der Behandlung vor. Die Radiotherapie kann die gegenwärtig gegenüber diesen Läsionen herrschenden konservativen Tendenzen kräftig unterstützen und bei geeigneter Technik lässt sich die Gefahr einer Entwicklungshemmung der Knochen durch Irritation durch die Strahlen ausschalten.

Buccheri-Palermo.





80) **M. Salaghi.** Sulla riduzione della lussazione congenita dell'anca pel margine posteriore dell'acetabolo come metodo di scelta. (Accad. med. fisica Fiorent. 23 nov. 1909.)

Redn. bespricht diese Variante der klassischen Methode der Reposition des Femurkopfes in die Gelenkpfanne und empfiehlt sie als leichter und weniger traumatisierend, sei es wegen des geringeren Weges, den der Kopf durchlaufen muss, sei es, weil der Gelenkpfannenrand an der angegebenen Stelle weniger vorspringend ist.

Zur Unterstützung seines Vorschlages teilt er die Geschichte eines von ihm beobachteten Falles mit, bei dem die auf gewöhnlichem Wege unmögliche Reposition äusserst leicht über den hinteren Rand gelang. Er hebt auch hervor, dass ein Versuch der Reposition über den hinteren Rand, auch wenn er manchmal nicht gelingen sollte, dem Operierten kein schweres Trauma verursachen kann.

Buccheri-Palermo.

81) **Georg Hohmann** (München.) Beitrag zur Pathologie und Therapie der coxa vara. (Münch. med. Woch. Nr. 23. 1910.)

Im Anschluss an die Veröffentlichungen von Drehmann und Lorenz über die anatomische Korrektur des im Sinne der coxa vara verbogenen Schenkelhalses durch das Redressement teilt der Verf. aus dem Langeschen Material seine Erfahrungen mit. Er beschreibt einen Fall von kongenitaler Coxa vara, der mit kongenitalem pes planovalgus und coxa valgabildung der anderen Seite und Kniekontrakturen beiderseits kombiniert war. Geburt in Steisslage bei geringem Fruchtwasser. Das Kind nahm noch lange Zeit die wahrscheinliche intrauterine Haltung, die abgebildet ist, ein. Wahrscheinliche Ursache, Zwangshaltung. — Was die Epiphysenlinie bei den anderen Formen der coxa vara angeht, so fand Verf., dass bei den statischen Formen, wie allgemein bestätigt wird, die Abbiegung stets in der Epiphysenlinie vor sich ging, dass aber bei der traumatischen Form die Abbiegung teils in der Epiphysenlinie, teils am Ansatz des Halses an den Trochanteren festzustellen war. — Zur Behandlung bestätigt er die Lorenz-Drehmannschen Erfahrungen. In den meisten Fällen gelingt es, durch Schraubenzugextension bei Abduktion nach vorangeschickter subkutaner Tenotomie der Adduktoren die Kontrakturen zu beseitigen und eine gute Funktion zu erzielen, in einigen Fällen gelingt aber auch die anatomische Korrektur durch Einknicknng im Hals, wie aus beigegebenen Röntgenpausen veranschaulicht wird. Nur in wenigen Fällen kommt es zu einer Subluxation des Kopfes nach unten, die aber funktionell belanglos ist.

Selbstreferat.

82) **Wilms.** Medizin. Gesellsch. in Basel. (Berlin. klin. Woch. 1910. Nr. 23.)

1. Resektion des Schenkelkopfes bei Lösung in der Epiphysenlinie.

Bei einem 13 jährigen Knaben hatte sich der Kopf am linken Femur gelöst und lag isoliert in der Pfanne, während der Hals stark aussenrotiert war. Der Kopf wurde entfernt, um den Hals in die Pfanne eintreten zu lassen, was auch gelang. Nach 14 Tagen Aufstehen. Beugung des Beines bis zum Rechten möglich.

2. Spontanluxation in der Hüfte bei Tuberkulose.

Redressement mit Extension reponiert den Kopf.



83) **König.** Altonaer ärztlicher Verein 16. III 10. (Münch. med. Woch. 1910 Nr. 25.)

Fractura colli femoris. An der Hand eines Falles Besprechung des Krankheitsbildes. Die extrakapsulären Frakturen heilen beim Erwachsenen oft nur fibrös, die intrakapsulären heilen so gut wie nie. Schenkelhalsfrakturen bei Jugendlichen $^1/_4$ Jahr im Verband lassen, dann noch $^3/_4$ Jahr lang Apparat wegen Entstehung von coxa vara. Beim Ewachsenen entfernt er bei alten Personen meist primär das Kopfstück, bei jugendlichen Naht.

Hohmann-München.

84) **Goldmann.** Verein Freiburger Aerzte 25. II. 10. (Münch. med. Woch. Nr. 23. 1910.)

G. demonstrierte einen Fall von Fraktur der beiden Unterschenkelknochen intra partum, der vor 14 Jahren passiert war. Alle Versuche, die Fraktur zur Konsolidierung zu bringen, schlugen fehl, erst jetzt gelang es durch Periostknochenlappenplastik von der gesunden Tibia die Fragmente zu vereinigen. **Hohmann**-München.

85) **Bier.** Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins. (Berlin. klin. Wochenschr. 1910. Nr. 23.)

Tabaksgangrän des Fusses. Bläuliche Verfärbung der Zehen, kein Puls an den Tibiales. Einpflanzung der Arteria femoralis in die vena femoralis (Wietingsche Operation). Danach verschwand Cyanose und Kälte des Fusses und die Schmerzen; der Puls kehrte noch nicht zurück.

Hohmann-München.

86) **Hammer** (Heidelberg). 57. Versammlung mittelrheinischer Aerzte 22. Mai 10. (Münch med. Woch. 1910. Nr. 24.)

Ueber Plattfussbeschwerden. Oft ohne nachweisbare anatomische Veränderung am Fusse, entweder als rheumatisch-arthritische oder neuralgische oder nervöse Form, die letztere Form öfters mit Parästhesieen, mit Coccygodynie, Schmerzen im Ellenbogen und Fingergelenken. **Hohmann**-München.

87) **Momburg.** Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins. (Berlin. klin. Woch. 1910 Nr. 23.)

Methoden zur Behandlung des Plattfusses. Die bisherigen Methoden seien ungenügend. Es sei richtiger, durch Supination des Calcaneus und Reposition des Köpfchens des 2. und 3. Metatarsus das Gewölbe herüberzuhebeln, dann den Fuss in dieser richtigen Lage durch eine von M. konstruierte Einlage aus Gummi und Stahl zu fixieren. **Hohmann**-München.



Frakturenbehandlung mit Schienenapparaten. — 6) **Nichols-Richardson**, Arthritis deformans. — 7) **Ewald**, Schmerzen bei Arthritis deformans. — 8) **Zesas**, Pneumokokken-Arthritiden. — 9) **Morsaline**, Fettgeschwülste. — 10) **Matsuoka**, Haemophilia spontanea. — 11) **Elbe**, Fistelbehandlung mit Einspritzungen von Wismutpaste. — 12) **Stein**, Technik der Paraffin-Injektionen. — 13) **Gayarre**, Amyotonia congenita. 14) **Römer-Joseph**, Serum gegen das Virus der Kinderlähmung. — 15) **Delbet**, Osteotomie bei Littlescher Erkrankung. — 16) **Jianu**, Fazialislähmung. — 17) **Klapp**, Entstehung orthogenetischer Erkrankungen. — 18) **Marcus**, Angeborener Pektoralisdefekt. — 19) **Schiff**, Angeborene Halswirbelsäulenlordose. — 20) **Kölliker**, Skoliose und Spondylitis. — 21) **Mixter-Osgood**, Verletzungen an Atlas und Epistropheus. — 22) **Ryerson**, Rotationssubluxation des III. Halswirbels. — 23) **Elliot**, Rigiditas dorsalis myopatica. — 24) **Blenke**, Orthopädisches Schulturnen. — 25) **Schrakamp**, Orthopädische Turnkurse. — 26) **Blenke**, Orthopädische Turnkurse. — 27) **Goyanes**, Wegnahme des gesamten Schultergürtels. — 28) **Zesas**, Periarthritis humero-scapularis. — 29) **Lindemann**, Doppelseitige Schultergelenksluxation. — 30) **Goyanes**, Veraltete Humerusluxation. — 31) **Preiser**, Epikondylitis humeri. — 32) **Esau**, Lokaler Tetanus der Hand. — 33) **Hilgenreiner**, Hyperphalangie des Daumens. — 34) **Gasne**, Daumenmissbildungen. 35) **Bibergeil**, Klinodaktylie und Störung des Knochenwachstums. — 36) **Ewald**, Madelungsche Deformität. — 37) **Kindl**, Isolierte Handwurzelknochenverletzungen. 38) **Morian**, Brüche der Daumen- und Grosszehen-Sesambeine. — 39) **Schlichting**, Interphalangealluxationen. — 40) **Smoler**, Spina ventosa. — 41) **v. Hacker**, Autoplastischer Ersatz der Streck- und Beugesehnen. — 42) **Zur Verth**, Spontane Zerreissung der Sehne des Daumenstreckers. — 43) **Le Damany**, Angeborene Hüftluxation. — 44) **Weih**, Anatomischer Befund bei Hüftgelenksluxation. — 45) **Lange**, Verband der angeborenen Hüftverrenkung. — 46) **Schanz**, Behandlung der angeborenen Hüftverrenkung — 47) **Weber**, Neubildung des knöchernen Pfannendaches bei Hüftverrenkung. — 48) **Hohmann**, Schnellende Hüfte. — 49) **Heusner**, Tuberkulöse Hüftgelenkentzündung. — 50) **Blanc**, Kindliche Coxitis. — 51) **Whitmann**, Abduktionsbehandlung der Schenkelhalsfraktur. — 52) **Bade**, Subtrochantere Osteotomie. — 53) **Vulpius**, Das Hüftschaukelscharnier. — 54) **Neri**, Nervöse Folgeerscheinungen der Ischiadicusdehnung. — 55) **Doberauer**, Rachitische Oberschenkelverkrümmung. — 56) **Glntz**, Heilung einer Oberschenkelfraktur durch Brückenkallus. — 57) **Bilhaut**, Fehlen beider Kniescheiben. — 58) **Hübscher**, Operation bei Kniescheibenluxation. — 59) **Hohmann**, Verdickung der Tuberositas tibiae. — 60) **Drehmann**, Winklige Knieankylosen. — 61) **Orgelmeister**, Operationsmethode bei Genu valgum. — 62) **Riedel**, Drainage bei Arthritis purulenta genu. — 63) **Thöle**, Entstehung der Wadenbeinbrüche. — 64) **König**, Fersenneuralgie. — 65) **Nonell**, Erkrankung des Kalkaneus nach Gonnorrhoe. — 66) **v. Osten-Sacken**, Chirurgie des veralteten Klumpfusses. — 67) **Young**, Hallux valgus. — 67 a) **Krumbein**, Behandlung der Mittelfussknochenbrüche. —

Aus Kongress- und Vereinsberichten: 68) **Grisson**, Orthostatische Albuminurie. — 69) **Fränkel**, Multiple Haut- und Nervenfibrome. — 70) **Ballabene**, Präparat für arthritische, gichtische und neuralgische Formen. — 71) **Neumann**, Fall von Nagelextension. — 72) **Solari**, Nekrose des Knochens und Osmiumsäure. — 73) **Dialti**, Lokalanästhesie bei Hüftgelenkluxation. — 74) **Ottendorff**, Ueber Skoliose. — 75) **Forster**, Spinale Syphilis. — 76) **Ninni**, Humerusfraktur durch Echinokokkuszyste. — 77) **Preiser**, Arthritis deformans des Ellenbogens. — 78) **Canestro**, Dupuytren'sche Krankheit durch Trauma. — 79) **Esdra**, Tuberkulöse Osteitis der Hände. — 80) **Salaghi**, Reposition des Femurkopfes in die Gelenkpfanne. — 81) **Hohmann**, Beitrag zur Pathologie und Therapie der coxa vara. — 82) **Wilms**, Resektion des Schenkelhalskopfes. — 83) **König**, Fractura colli femoris. — 84) **Goldmann**, Fraktur der beiden Unterschenkelknochen intra partum. — 85) **Bier**, Tabaksgangrän des Fusses. — 86) **Hammer**, Ueber Plattfussbeschwerden. — 87) **Momburg**, Methoden zur Behandlung des Plattfusses. —

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. Dr. **O. Vulpius** in Heidelberg, Luisenstr. 1—3, oder an die Verlagsbuchhandlung **S. Karger** in Berlin NW 6, Karlstr. 15, einsenden.



Zentralblatt

für

Chirurgische und mechanische Orthopädie

einschliesslich der gesamten Heilgymnastik und Massage.

Redigiert von **Prof. Dr. O. Vulpius** in Heidelberg. Verlag von **S. Karger in Berlin** NW., Karlstrasse 15.

Monatlich erscheint ein Heft im Umfang von 48 Seiten. Preis des Jahrgangs Mk. 15,—. Zu beziehen durch die Post und durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes.

Bd. IV. **Oktober 1910.** **Heft 10.**

Oldevig (Dresden). Ein neues Gerät und neue Uebungen der schwedischen Heilgymnastik zur Behandlung von Rückgrats-Verkrümmungen. Mit 26 Abbildungen. Preis 1,80 M. Berlin 1910. E. Trewendt's Nfgr.

Das Gerät besteht aus starken, nicht elastischen Gurten mit Handgriffen. Mit Hülfe derselben lässt Verf. Widerstandsübungen ausführen, welche er dadurch gut lokalisieren kann. Allerdings braucht der Gymnast die Unterstützung von 1—2 Gehülfen. Die Abbildungen veranschaulichen die Vornahme der „Riemen"-Uebungen besonders bei Kyphosen und Skoliosen. **Vulpius**-Heidelberg.

R. Fürstenau (Berlin). Leitfaden der Röntgenphysik. Mit 61 Abbildungen. Preis 3 M. Stuttgart 1910. F. Enke.

Das kleine Buch ist aus Vorträgen bei Röntgenkursen an dem Dr. Immelmann'schen Institut hervorgegangen. Es behandelt die physikalischen Grundlagen des Röntgenapparates in einer Form, welche den Bedürfnissen des angehenden Röntgenologen durch die Uebersichtlichkeit und Klarheit des Textes wie der Abbildungen in glücklichster Weise gerecht wird. **Vulpius**-Heidelberg.

---

1) **Lauxen.** Experimentelle Untersuchungen über die Einwirkung des Phosphors auf Knochen- und Blutbildung bei wachsenden Hunden. Diss. Bonn 1909.

L. hat auf Anregung von Prof. Esser unter Berücksichtigung der diesbezüglichen Literatur neue Versuche über die Phosphor-



wirkung angestellt und dabei neben den Knochenveränderungen auch etwaigen Blutveränderungen seine Aufmerksamkeit geschenkt. Eine Reihe geschichtlicher Daten nehmen den grössten Teil seiner Arbeiten ein, an deren Schluss er dann auf seine eigenen Versuche zu sprechen kommt, die er an Hunden vornahm. Die Haemoglobinmenge zeigte bei den Phosphorhunden eine deutliche Steigerung, die aber nicht durch eine Vermehrung der roten Blutkörperchen bedingt war. Letztere hatten vielmehr durch die Phosphormedikation eine erhebliche Einbusse in ihrer Zahl erlitten. Es musste daher jedes Erythrocyt eine Erhöhung seines Farbstoffgehaltes erfahren haben, was einer Aufbesserung seiner Funktionsfähigkeit gleichkommt. Viel weniger charakteristische Veränderungen wiesen die Leukocyten in ihrem Gesamtbestande auf. Am Knochen fand sich bei allen Versuchstieren eine ausgesprochene Sklerosierung, die nicht nur die den Markräumen benachbarten Teile betraf, sondern auch bis an den Intermediärknorpel heranreichte. — Wenn L. seine Befunde auf eventuelle Beeinflussung des rachitischen Prozesses bezieht, so würde kein spezifischer, die Aetiologie beeinflussender, sondern nur ein symptomatischer Effekt zu erwarten sein. Die osteoiden Balken bleiben unbeeinflusst, dagegen wird die bei der Rachitis mehr oder weniger stark vorhandene Osteoporose vermindert und an den nicht erkrankten, normalen Stellen eine scheinbar vermehrte Apposition erzielt werden können, woraus ein Festerwerden der Knochensubstanz resultieren muss. Immerhin würde nach Essers Auffassung von der Pathogenese der Rachitis, ungeachtet eines bestimmten aetiologischen Faktors, auch der rachitische Prozess selbst insofern beeinflusst werden können, als die zur schliesslichen Insufficienz führende vermehrte Knochenmarkstätigkeit durch Phosphor eine Lähmung resp. Hemmung erfährt.

Blencke-Magdeburg.

2) **Ugo Soli.** Influenza del timo sullo sviluppo scheletrico. (Arch. di ortop. 1910, fasc. 1.)

Aus den ausgeführten Untersuchungen schliesst Verf., dass bei den der Thymus beraubten Kaninchen die Knochen kürzer, dünner, leichter, zerbrechlich, weniger reich an Kalksalzen, nicht deformiert sind. Histologisch wird in ihnen, namentlich in den langen Röhrenknochen, eine unter der Norm zurückbleibende Entwicklung, entsprechend der Zone der enchondralen Entwicklung, Neigung zur Porose, Fehlen von osteoidem Gewebe und deutlichen Knorpelläsionen beobachtet. Doch muss erwähnt werden, dass alle diese



Aenderungen im allgemeinen vorübergehend sind; in der Tat gelingt es dem Knochen des Thymusberaubten Tieres zuweilen, was die Entwicklung angeht, diejenige des Kontrolltieres zu erreichen und in einigen Fällen zu übertreffen.

Diese Alterationen sind in die Gruppe der Atrophien einzureihen, durch die sich sämtliche beobachteten Erscheinungen gut erklären lassen. **Buccheri**-Palermo.

3) **Riedinger** (Würzburg). Ueber Folgen von Verlust beider Hoden am Ende der Wachstumsjahre. (Zeitschr. für orthop. Chir. XXV. Bd. S. 419.)

R.'s Patient hatte im 21. Lebensjahre durch Unfall beide Hoden verloren. 15 Jahre später war ein allgemein infantilischer Habitus zu konstatieren. Der Mann war bartlos mit faltigem Gesicht und sah gealtert aus. Es bestand eine Struma, Penis war klein, Schamhaare wenig entwickelt. Ausser einer Skoliose keine Knochenveränderung, nur dass Arme und Beine im Verhältnis zum Rumpf zu lang erschienen. Wegen dieser allgemeinen Minderwertigkeit hält R. den Verletzten für um 40% in seiner Erwerbsfähigkeit geschädigt. Das Reichsgericht erkannte jedoch auf Grundlage eines früheren Gutachtens auf 50%. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

4) **Morpurgo.** Questioni controverse della patologia delle ossa. (Arch. di ortop. 1910, fasc. 1.)

Die wichtigsten Fragen durch ihre Beziehungen zu der Gesamtpathologie des Knochengerüstes sind diejenigen, welche auf die Osteomalazie und Rachitis Bezug haben. An erster Stelle bespricht Verf. Natur und Ursprung der kalkfreien oder osteoiden Knochensubstanz, welche sich in dem Knochengerüst der Osteomalaziker und Rachitiker findet, und weiter die Beziehungen zwischen Knochengerüst der Osteomalaziker und Rachitiker und Stoffwechsel der Mineralbestandteile, vornehmlich der Calciumsalze bei diesen Kranken. **Buccheri**-Palermo.

5) **Matsuoka** (Kioto). Beitrag zur Lehre von der Paget-schen Knochenkrankheit (Osteomalacia chronica hypertrophica nach Recklinghausen). (D. Zeitschr. f. Chir. 102. Bd. 4.—6. H., p. 515.)

Verf. beschreibt einen Fall typischer Paget'scher Knochenerkrankung, die fast alle Knochen des Skelettes, vorwiegend aber Wirbelsäule und Extremitätendiaphysen in symmetrischer Weise befiel. Der ungleichmässige Ab- und Anbau von Knochensubstanz führt



zu den mannigfachsten Verbiegungen, Verdickungen und Atrophieen der Knochen. Patholog.-anatomische Untersuchungen konnte Verf. nicht vornehmen und verweist er diesbezüglich auf Recklinghausens ausführliche Beschreibung. Über die Ätiologie war bei Verf's. Fall nichts zu eruiren. **Balsch**-Heidelberg.

6) **Hann.** A case of osteitis deformans terminating with cerebral symptoms. (Brit. med. Journ. Jan. 15. 1910.)

Beschreibung eines Falles von Osteitis deformans, beginnend im 40. Lebensjahr an der rechten Klavikel, die allmählich fast auf sämtliche Knochen überging und schliesslich auch den Schädel befiel, der sich am meisten vergrösserte. Allmählich trat Bewusstlosigkeit ein, nach kurzer Besserung Exitus in komatösem Zustand. Die Sektion des Kopfes und der Klavikel ergab in letzterer ein vollständiges Fehlen der Markhöhle, im Schädel war die Dura verdickt und adhärent, Veränderungen der Dicke und Oberfläche des Schädel-Inneren, abnorm viele und tiefe Rinnen für die Gefässe. **Mosenthal**-Berlin.

7) **Friedrich.** Ueber Knochensyphilis im Röntgenbilde. (Zeitschr. f. Röntgenk. XII. Heft 1.)

F. bespricht in der vorliegenden Arbeit die sich bei Lues im Röntgenbild ergebenden Veränderungen an den Knochen an der Hand einer Reihe von guten Röntgenbildern, welche von zwei besonders interessanten Fällen stammen, die in der medizinischen Poliklinik zu Jena zur Beobachtung kamen. Bei den so überaus charakteristischen Befunden, wie sie auch hier wieder die luetischen Knochenerkrankungen im Röntgenbilde bieten, dürfte es sich nach F.s Ansicht entschieden empfehlen, bei irgendwie unklaren Knochenaffektionen das Röntgenverfahren zur Sicherung der Differentialdiagnose heranzuziehen. **Blencke**-Magdeburg.

8) **W. Bergmann.** Die traumatische Entstehung der Fettembolie. (Berl. klin. Wochenschr. 1910. Nr. 24.)

Verf. zeigt an der Hand eigener Tierversuche, dass die Erschütterung des Körpers nicht die grosse Bedeutung für das Zustandekommen einer Fettembolie hat, wie einige Autoren annahmen, sondern dass die mit Fraktur einhergehende Zerquetschung eines Knochens von weit grösserer Bedeutung ist, indem dabei das Fett direkt in die Knochenvenen hineingepresst wird. Deshalb Vorsicht bei Redressement atrophischer Gelenke. Lexer



benutzt bei Operationen des atrophischen Knochens, besonders des spongiösen, lieber die Säge als den Meissel, um die Gefahr der Quetschung zu vermeiden. **Hohmann**-München.

9) **Schmid.** Ueber Fettembolie nach Frakturen. (Diss. München 1910.)

Sch. hat die in den letzten 10 Jahren in der Münch. chirurg. Klinik zum Exitus gekommenen Frakturfälle zusammengestellt und daraufhin geprüft, ob bei den hiervon zur Sektion gelangten eine Fettembolie vorhanden war und ob gegebenenfalls eine solche als Todesursache angesehen werden konnte. Von sämtlichen 15 Fällen dürften seiner Ansicht nach nur 4 als solche in Frage kommen, in denen der Fettembolie allein die Ursache des Todes zugemessen werden konnte. Bei allen anderen lagen schwerwiegende Komplikationen vor, die als die dominierenden Ursachen des tödlichen Ausgangs zu bezeichnen waren. Diese 4 Fälle einbegriffen, konnte Verf. 53 Fälle tödlicher Fettembolie aus der Literatur zusammenstellen, unter denen sich 33 nach Frakturen befanden, 18 nach chirurgischen Eingriffen, einer nach Trauma ohne äussere Verletzung und einer ohne Trauma. Nach diesen rein statistischen Ausführungen geht dann Sch. noch auf folgende Fragen näher ein: wie eine Fettembolie überhaupt entsteht, welche Bedeutung derselben zukommt, wann dieselbe als Todesursache wirkt, und wie klinisch eine Fettembolie diagnostiziert werden kann. Da Sch. bei der Erörterung dieser Fragen nur die in der Literatur vorhandenen Ansichten verschiedener Autoren wiedergibt, erübrigt es sich wohl, näher darauf einzugehen. Auch er steht auf dem Standpunkt, dass der Fettembolie therapeutisch nicht beizukommen ist, und dass die Versuche, die nach dieser Richtung hin gemacht wurden, günstige Resultate bisher nicht ergeben haben. **Blencke**-Magdeburg.

10) **Schanz.** Ursachen und Behandlung der rachitischen Deformitäten. (Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1909. Nr. 24.)

Sch. bespricht zunächst eine Reihe von Momenten, die in den einzelnen Fällen den rachitisch erweichten Knochen zur Deformierung bringen können. Wenn er auch zugibt, dass sehr viele rachitische Deformitäten ohne jede Behandlung ausheilen können, so verlangt er doch, dass in jedem Fall, wo derartige Deformitäten entstehen, eine energische antirachitische Allgemeinbehandlung stattzufinden hat, und dass alle diejenigen Deformitäten, welche nach ihrer Lage und nach ihrer Schwere geeignet erscheinen, den Träger dauernd zu schädigen,



der Korrektur unterzogen werden müssen. Die Behandlung hat sich zusammenzusetzen aus einer Allgemeinbehandlung und aus einer Lokalbehandlung, von denen jene die wichtigere ist. Gute hygienische Verhältnisse, gute Milch, Lebertran mit oder ohne Phosphor sind hierbei die Haupterfordernisse. Es kann aber auch hier zu viel geschehen, und es gibt nach Sch. Kinder, die milch- und lebertrankrank sind und denen man deshalb Milch und Lebertran entziehen und eine wechselreiche, möglichst rein vegetabile Kost mit besonderer Bevorzugung von frischen Gemüsen und Obst und daneben reichlich Zucker geben muss. Betreffs der Behandlung der Deformitäten verfährt Sch. nach den allgemein üblichen Grundsätzen. Bei komplizierten Beinverbiegungen fängt er stets mit der Hüfte an und nimmt niemals an demselben Bein in verschiedener Höhe zu gleicher Zeit Korrekturen nach verschiedener Richtung vor. Er zieht die Osteoklase oder das Eindrücken der Kortikalis über den Keil der Osteotomie vor, die er nur subperiostal ausführt, und als lineäre, wenn nicht ganz besondere Verhältnisse eine andere Form der Operation bedingen. Bei derselben wird im Scheitelpunkt der Krümmung angegriffen und die Osteotomie so gelegt, dass sie von der Konkavität nach der Konvexität zielt. Bei langen bogenförmigen Verbiegungen wird die Knochendurchtrennung an mehreren Stellen ausgeführt, weil man dadurch näher an die normale gerade Linie herankommt, als wenn man nur eine einzelne Durchtrennung macht.

Blencke-Magdeburg.

11) **A. Reich.** Die Amputationen im Kindesalter und ihre Folgen für das Knochenwachstum. (Bruns Btrge. z. kl. Chir. 68. Bd. 1. H. p. 260.)

Dass in der Physiologie und Pathologie der Amputationsstümpfe die des Kindesalters eine Sonderstellung einnehmen, war den Chirurgen schon lange bekannt, es fehlte aber bisher an einem systematisch nach allen Richtungen untersuchten Material. Diese Lücke sucht Verf. durch seine eingehende Untersuchung des Materials der Tübinger chirurg. Klinik auszufüllen und durch seine Beobachtungen neue Anregung zu weiteren Untersuchungen auf diesem Gebiet und zur rationelleren Behandlung kindlicher Amputationsstümpfe zu geben. Die interessanten Untersuchungsresultate können hier nur kurz wiedergegeben werden. — Die häufigere Beobachtung stärkster Konizität kindlicher Amputationsstümpfe führte zu Untersuchungen über Längen- und Dickenwachstum, über die Formentwickelung etc. von Knochen und Weichteilen. Dabei konnte Verf. feststellen: Kindliche Amputationsstümpfe nehmen regelmässig



am Längenwachstum teil und zwar nach Massgabe der Wachstumsenergie der zurückgebliebenen Epiphysenfuge. Hiervon abhängig ist das proportionale Verhältnis zur Länge der gesunden Extremität. Im Dickenwachstum bleiben die Amputationsstümpfe erheblich hinter der normalen Seite zurück, und zwar betrifft die Hypoplasie den ganzen oberhalb des Stumpfes gelegenen Abschnitt und findet in allen Durchmessern gleichmässig statt. Am Stumpfende findet häufig eine griffelförmige Zuspitzung des Knochens statt, wie sie bei Erwachsenen nicht gefunden wird. Das Längenwachstum der Muskeln des Stumpfes hält mit dem des Knochens nicht gleichen Schritt aus 2 Gründen: 1. ist das Längenwachstum der Muskeln abhängig von der ursprünglichen Länge des Muskelstumpfes, während für das Längenwachstum des Knochens die Wachstumsenergie der Epiphyse massgebend ist. 2. ist das Längenwachstum der Muskeln von der Festigkeit des Ansatzes des Stumpfendes am Knochen abhängig. Auf diese ist daher in der Prophylaxe der Konizität der Stümpfe besonderer Wert zu legen.

Die Konizität der Stümpfe infolge des eben genannten Wachstums-Missverhältnisses ist am häufigsten an Oberarm- und Unterschenkelstümpfen (— hier liegt die Wachstumsenergie vorwiegend in der proximalen Epiphyse —). Der Grad der Konizität ist abhängig von dem Alter zur Zeit der Amputation und von der Amputationshöhe, vom Heilungsverlauf nur in geringem Masse.

Auch noch an höher gelegenen Skelettabschnitten machen sich die Folgen der Amputationen im Wachstumsalter geltend. Hier ist am wichtigsten die Coxa valga auf der Seite der Amputation und die einseitig schräge Verengung des Beckens.

Balsch-Heidelberg.

12) **De Gaetano.** Processo di riparazione delle fratture quando sono soppresse alcune delle sorgenti osteoblastiche che concorrono alla formazione del callo. (Il Tommasi 1910 Nr. 6.)

De Gaetano fasst das Resultat seiner Versuche wie folgt zusammen:

1. Bei Entfernung des Periosts wird die Bildung des Knochenkallus etwas verzögert, bleibt aber nicht gänzlich aus.

2. Bei Zerstörung des Markes folgt, wenn die Zerstörung sehr ausgedehnt und vollständig ist, häufig Nekrose der Fragmentenden.

3. Bei Zerstörung des Markes und des Periosts folgt konstant Nekrose der Fragmentenden, proportional der Ausdehnung der Zerstörung. Verfolgt man den Prozess längere Zeit, so kann häufig



die Resorption der nekrotischen Stücke und die definitive Bildung eines fibrösen Callus beobachtet werden.

4. Bei Abtragung der Hälfte des Knochenzylinders mit dem zugehörigen Periost bildet sich der Callus rasch und der verbleibende Hohlraum wird rasch durch abundante Knochenneubildung ausgefüllt. **Buccheri**-Palermo.

13) **Codivilla.** Sul trattamento delle pseudo-artrosi delle ossa lunghe. (Arch. di ortop. 1910, fasc. 1.)

Vortrag auf dem XVI. internationalen Kongress zu Budapest.

Buccheri-Palermo.

14) **Jaekel.** Erfahrungen mit der von Pirquetschen kutanen Tuberkulinreaktion. (Diss. Rostock. 1910.)

Auf Veranlassung von Prof. Martius wurde die kutane Impfung an 333 Patienten der Rostocker med. Klinik vorgenommen und zwar handelte es sich beinahe ausschliesslich um Erwachsene. Zur Anwendung kam das Kochsche Alttuberkulin in folgender Konzentration: 1 Teil Alttuberkulin, 1 Teil Karbolglyzerin, 2 Teile Aquae dest. Von den 87 Tuberkulösen, die geimpft wurden, reagierten 72 positiv, 15 negativ, von den 103 Tuberkulösverdächtigen 84 positiv, 19 negativ, von den 143 Nichttuberkulösen 81 positiv und 62 negativ. Den hohen Prozentsatz positiver Reaktionen sucht Verf. dadurch zu erklären, dass fast jeder Mensch im Laufe seines Lebens eine tuberkulöse Infektion erlitten hat, und dass die Pirquetsche Probe ein so feines Reagenz ist, dass sie selbst die kleinsten latenten oder gar schon ausgeheilten tuberkulösen Heerde anzeigt. Eine Methode von so grosser Empfindlichkeit kann nach J.'s Ansicht, wenigstens bei positivem Ausfall der Reaktion, in diagnostischer Hinsicht natürlich nur einen beschränkten Wert haben, zumal da sie zwar das Vorhandensein irgend eines tuberkulösen Heerdes beweist, nicht aber, dass die zur Zeit das Interesse auf sich ziehende Erkrankung tuberkulöser Natur ist. Besser verwertbar ist der negative Ausfall der Reaktion. Patienten, die auf eine technisch einwandsfreie, eventuell zu wiederholende Impfung nicht reagieren, sind mit aller Wahrscheinlichkeit als tuberkulosefrei anzusehen. **Blencke**-Magdeburg.

15) **Vignard** (Lyon). La mode des injections dans les tuberculoses articulaires. (Annales de chirurgie et d'orthopédie Bd. 23. S. 118.)

V. spricht den von anderer Seite so gerühmten Injektionen von Jodoform, Kamphernaphthol jede Bedeutung für die Ausheilung des



tuberkulösen Prozesses ab, da in den meisten Fällen der Erkrankungsherd im Knochen sitzt, wo er von dem Medicament nicht erreicht werden kann. Das wichtigste bei der konservativen Behandlung der Gelenktuberkulosen ist die Fixation des erkrankten Gliedes.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

16) **Matsuoka** (Kioto). Wismutvergiftung nach Injektion. (D. Zeitschr. f. Chir. 102. Bd. 4.—6. H. p. 508.)

3 Fälle von Wismutintoxikation nach Injektion von 10 % Bism.-vaseline. 2 Fälle mit tödlichem Ausgang. Im 1. Fall waren 60 gr, im 2. 80 gr und im 3. Fall 40 gr Bi. vaseline in tbk. Abszesshöhlen injiziert worden. Die ersten Intoxikationserscheinungen traten 12—32 Tage nach der Injektion auf und bestanden in der typischen Affektion der Organe der Mundhöhle neben allgemeiner Mattigkeit, Kopfschmerzen etc. — Es scheint sich in diesen Fällen mehr um eine Metallvergiftung als um eine Nitritvergiftung zu handeln. (Ref.) **Baisch**-Heidelberg.

17) **Fritz Brandenberg** (Winterthur). Polyarthritis chronica progressiva primitiva im Kindesalter. (Münch. med. Woch. Nr. 24. 1910.)

B. berichtet über drei Fälle dieser Krankheit, über die Hoffa seinerzeit eingehende Mitteilungen machte. Das Leiden betrifft meist Jugendliche, besteht in einer Atrophie der Knochen und Muskeln, einer Verdickung der Gelenke, die spindelförmig aufgetrieben werden. Es beginnt meist in den kleinen Fingergelenken. Es hat fortschreitenden Charakter. Im Verlauf kommt es zu Kontrakturen, teils fibrösen, teils ankylotischen. Nicht selten scheinen die serösen Häute beteiligt. Salizyl ist ohne Einfluss, Fibrolysin-Injektionen haben bisher günstige Resultate erzielt, daneben ist es sehr wichtig, durch passive Bewegungrn die Gelenke und durch aktive die Muskeln zu beeinflussen. Ueber die Aehnlichkeit des Krankheitsbildes mit dem von Poncet beschriebenen „tuberkulösen Rheumatismus" sagt der Verf. nichts.

Hohmann-München.

18) **Niehans.** Die Rolle der isolierten Muskelatrophie als diagnostisches Symptom zur Lokalisation von tuberkulösen Knochenherden. (Zentralbl. f. Chir. 1910. Nr. 25. S. 852, 53.)

Es ist manchmal sehr schwer, einen tuberkulösen Knochenherd nach seiner Lage genau zu diagnostizieren. N. hat nun durch

langjährige Untersuchungen festgestellt, dass einem Knochenherd stets die Atrophie eines Muskels oder einer Muskelgruppe entspricht, die an dem betreffenden Knochensegment inseriert oder entspringt. Verf. ist mangels jeder Veränderung der Muskelfarbe geneigt, eine toxische Schädigung anzunehmen. Einfache Inaktivitätsatrophie ist mit Sicherheit auszuschliessen.

Anführung einzelner klinischer Beispiele, die interessant genug sind, um hier aufgeführt zu werden:

Bei Tuberkulose des Kalkaneus deutliche Atrophie des Triceps surae. Bei Tuberkulose des Corpus ulnae Atrophie des Triceps brachii. (NB.! Das Röntgenbild kann hier leicht im Stiche lassen!) Durch genaue Lokalisation kann eventuell eine sonst unvermeidliche Gelenkresektion vermieden werden, da sich sekundäre Gelenkerkrankungen nach Entfernung des primären Herdes zurückbilden können. Ein tuberkulöser Herd im Humeruskopf kann durch Atrophie des M. supraspinatus oder teres major erkannt werden. Auch hier kann durch Beseitigung des primären Herdes das Gelenk eventuell erhalten bleiben.

Atrophie des Vastus ist zur Diagnose von Herden im Tibia-Kopf und bei Atrophie des gesamten Quadrizeps zur Diagnose von Patella-Herden zu verwerten.

Da das Röntgenbild gar nicht so selten tuberkulöse Herde in ihrer genauen Lage nicht erkennen lässt, wird man gut tun, stets auf isolierte Muskelatrophieen zu achten, um mit ihrer Hilfe eventuell eine genaue lokale Diagnose stellen zu können.

Natzler-Heidelberg.

19) **Mayesima** (Kyoto, Japan). Zur Aetiologie der Polymyositis. (D. Zeitschr. f. Chir. 104. Bd. 3.—4. H. p. 321.)

Verf. bringt aus der chirurg. Klinik in Kyoto (Japan) 3 Fälle von den seltenen Formen nicht eitriger Polymyositis, einer entzündlichen harten Infiltration der Muskeln, die keine Neigung zu eitriger Einschmelzung zeigt. In allen 3 Fällen fand Verf. sowohl in den histolog. Präparaten der Muskeln, wie in den bakteriolog. Kulturen Kokken, die sich als Staphylococcus pyogenes albus erwiesen, und ist daher geneigt, diesen als den Erreger und seine notorisch mildere Eigenschaft als Grund des Fehlens eitriger Einschmelzung anzusehen. **Balsch**-Heidelberg.

20) **P. Ewald.** Zur Aetiologie der Myositis ossificans traumatica. (Zentralbl. f. Chir. 1910. Nr. 22. S. 771 ff.)

Verf. erwähnt kurz die Prädilektionsstellen dieser Erkrankung



und die hierfür gegebenen Erklärungsversuche. Den bisher angenommenen Ursachen für die Entstehung der Knochenneubildung — Periost und Muskelbindegewebe — fügt E. noch eine neue hinzu: die Synovia. Er weist darauf hin, dass immer Muskeln in der Nähe von Gelenken von der Myositis ossificans traumatica befallen werden. Von den einzelnen Gelenkteilen, welche Gewebe zur Knochenbildung in der für Myositis charakteristischen Art anreizen können, kommt nach E. nur die Synovia in Betracht. Durch eine Reihe bisher schon bekannter Tatsachen und Befunde sucht er seine Behauptung zu stützen (entwickelungsgeschichtlich enge Verwandtschaft der Synovia mit dem Knorpel-Knochengewebe, häufige Rezidive nach zu früh vorgenommener Operation, öfteres Vorkommen von Zysten mit bernsteinheller [synovialer?] Flüssigkeit im Tumor). Immer aber muss ein der verletzten Stelle aufliegender Muskel „erheblich zerquetscht oder zerrissen sein."

Der Versuch, die ätiologische Bedeutung der Synovia bei der Entstehung der Myositis ossificans traumatica durch das Tierexperiment sicher zu stellen, ist dem Verf. bei einer Anzahl von Kaninchen nicht gelungen. Er nimmt aber an, dass die Kaninchenmuskulatur überhaupt für diesen Versuch nicht geeignet ist.

Natzler-Heidelberg.

21) **Krause** (Bonn) und **Meinicke** (Hagen). Zur Aetiologie der akuten epidemischen Kinderlähmung. (2. Mitteilung.) (Deutsche med. Wochenschrift 1910. Nr. 14, S. 647.)

Die Verf. betonen entgegen anderen Veröffentlichungen, dass eine Uebertragung des Virus der Poliomyelitis auf Kaninchen sehr wohl möglich sei. Es sind nicht alle Rassen gleich empfänglich, Kaninchen, die über 1 Kilo wiegen, lassen sich im allgemeinen nicht mehr infizieren. Ausserdem gehören grössere Mengen Impfmaterial dazu, um ein positives Ergebnis zu erhalten. Es gelingt deshalb die Uebertragung der Erkrankung besser durch intraperitoneale oder intravenöse Injektion, da sich subdural weniger Material einverleiben lässt. Auch erwies sich eine Ueberimpfung von den infizierten Kaninchen auf Affen und weitere Kaninchen als ausführbar. Das Virus der Poliomyelitis ist bei den erkrankten Kindern nicht nur im Zentralnervensystem, sondern auch in der Lumbalflüssigkeit, im Blut und in den parenchymatösen Organen enthalten. Es kann diese Tatsache zum Nachweis der Erkrankung bei abortiv verlaufenden Fällen benutzt werden. Spontane Erkrankung von Tieren an Poliomyelitis ist bisher nur bei Hühnern beobachtet worden. Die



Verf. betonen auch die grosse Resistenz des Virus gegen Kälte, Eintrocknen und Glyzerin, sodass man auch eine Uebertragung durch totes Material resp. Speisen in Betracht ziehen muss.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

22) **W. Bergmann.** Ueber Sehnenganglien. (Bruns Btrge. Bd. 66. 3. H. p. 468.)

Sehnenganglien sind weitaus seltener als die bekannten Ganglien der Sehnenscheiden oder Gelenkkapseln. Verf. hatte Gelegenheit 3 Fälle in der chirurg. Klinik in Königsberg zu beobachten und histologisch genau zu untersuchen. Einmal sass das Ganglion am Musc. peronaeus tertius, einmal an den Fingerstrecksehnen und einmal im Lig. patellae. Die beiden erstgenannten Stellen sind auch nach den Fällen in der Literatur Praedilektionssitz der Sehnenganglien. Die Therapie besteht in Exzision der Cysten mit Resektion des Sehnenstückes. Histologisch sind die Sehnenganglien charakterisiert durch eine hyaline Degeneration des Bindegewebes, wodurch die Sehnenfasern auseinander gedrängt werden und ebenfalls degenerieren. Als Degenerationsprodukt bilden sich kleine Cysten mit gallertigem Inhalt, die durch Vereinigung von mehreren zu dem klinisch in Erscheinung tretenden Ganglion werden.

Balsch-Heidelberg.

23) **Bonhoff** (Marburg). Zur Aetiologie der Heine-Medinschen Krankheit. (Deutsche med. Wochenschr. 1910. Nr. 12. S. 548.)

B. verimpfte die Rückenmarksubstanz eines Poliomyelitiskranken mit positivem Erfolg intrakraniell bei zwei Affen, bei Kaninchen fiel der Versuch negativ aus. Die mikroskopische Untersuchung ergab Einschlüsse in den Kern der Gliazellen, die mit der Mannschen Färbung deutlich als rosa bis dunkelrote Gebilde mit 1—2 schwarzen Innenkörpern zu differenzieren waren. Ob es sich bei diesen Zelleinschlüssen um den Erreger der Poliomyelitis handelt, lässt Verf. unentschieden, jedenfalls erscheinen sie ihm spezifisch für diese Erkrankung zu sein. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

24) **Meinicke** (Hagen). Experimentelle Untersuchungen über akute epidemische Kinderlähmung. (Deutsche med. Wochenschrift 1910. Nr. 15, S. 693.)

Verf. gelang es, das Virus der Poliomyelitis auf Kaninchen zu übertragen und dasselbe auch weiterhin auf andere Kaninchen und auf Affen zu überimpfen. Auch von infizierten Kaninchen, die nach Berlin gesandt waren, gelang dort die Weiterimpfung. Die In-



kubationszeit beträgt im allgemeinen 8—14 Tage, schwankt aber zwischen 3 und 41, anscheinend spielt dabei die Virulenz des Virus eine Rolle. Klinisch setzt die Krankheit akut ein und verläuft unter Abmagerung und Lähmungserscheinungen. Makroskopisch waren keine wesentlichen Veränderungen festzustellen, doch ergab die histologische Untersuchung sowohl bei Kaninchen als auch bei Affen die gleichen Erscheinungen im Zentralnervensystem wie beim Menschen. Während das Virus sich gegen Kälte, Glyzerin etc. sehr resistent verhält, scheint im Tierkörper durch die verschiedenen Passagen allmählich eine Abschwächung der Virulenz einzutreten.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

25) **Gowers.** Some aspects of poliomyelitis. (Brit. med. Journ. Febr. 5. 1910.)

Nach einer kurzen geschichtlichen Uebersicht der letzten Epidemien, wobei allerdings fast ausschliesslich die amerikanisch-englischen und die englischen Kolonien berücksichtigt sind, geht Verf. näher auf die schwedische und gleichzeitig letzte englische in Upminster ein. Er berichtet ausserdem über das häufig sporadische Auftreten der Krankheit und zeigt einige Fälle, von denen die ersten zwei Brüder betreffen, die gleichzeitig erkrankten. Die schwedische Epidemie hat Wickman zu der Ueberzeugung gebracht, dass die Poliomyelitis contagiös sei. Verf. glaubt nicht daran und hält die Isolierung für überflüssig, ist vielmehr der Meinung, dass die Erkrankung aus lokalen Ursachen (?) endemisch auftrete.

Mosenthal-Berlin.

26) **Kisack** (Belfast). A case of muscular dystrophy (Erb's juvenile Form) occuring in an adult. (Brit. med. journ. 5. March. 1910.)

Beschreibung eines Falles von Erbscher juveniler Muskeldystrophie bei einem 28jähr. Metallarbeiter. **Mosenthal**-Berlin.

27) **v. Kügelgen.** Beitrag zur neuralen progressiven Muskelatrophie. (Diss. Kiel. 1909.)

Es handelt sich bei der vorliegenden Arbeit um einen Bericht über einen weiteren Fall von neuraler progressiver Muskelatrophie.

Blencke-Magdeburg.

28) **Strakosch.** Beitrag zur Aetiologie der Friedreichschen Ataxie. (Diss. Göttingen. 1909.)

Str. berichtet über einen Fall von Friedreichscher Ataxie, der den sogenannten sporadischen zuzuzählen wäre. Es fand sich bei der



Aszendenz beider Eltern, soweit sich dieselbe zurückverfolgen liess, kein Moment, das als schädigend in Betracht käme. Der einzige Punkt, der für Lues sprechen könnte, war der positive Ausfall der Wassermannschen Reaktion. Str. rät deshalb, nach dieser Richtung hin Versuche anzustellen, und wenn es sich herausstellen sollte, dass auch in anderen Fällen die Reaktion gefunden würde, so würde man dann, vorausgesetzt natürlich, dass die diagnostische Richtigkeit derselben auf Lues sich bewährt, wohl berechtigt sein, anzunehmen, dass zwischen Lues hereditaria und Friedreichscher Ataxie ein unmittelbarer Zusammenhang besteht.

Bleacke-Magdeburg.

29) **Kayser.** Ueber familiäres Auftreten postdiphtherischer Lähmungen. (Diss. Strassburg 1910.)

K. berichtet über 4 Fälle postdiphtherischer Lähmungen, die nacheinander in einem Zeitraum von ungefähr sechs Wochen die sämtlichen Kinder ein und derselben Familie betrafen und in der med. Poliklinik zu Strassburg zur Beobachtung kamen. Auf Grund der mehr oder weniger typischen Lokalisation der Lähmungen und des ganzen Verlaufes glaubt K. auf eine vorangegangene Diphtherie schliessen zu müssen, auch wenn sich keine Diphtheriebazillen aus den Rachenabstrichen züchten liessen, jedenfalls deshalb nicht, weil bei allen Kindern, als sie in die Behandlung kamen, die primäre Rachenaffektion im wesentlichen oder sogar schon ganz abgeklungen war. Bei allen Kindern trat auch eine charakteristische Beteiligung der Nieren zu Tage. K. glaubt annehmen zu dürfen, dass eine gewisse hereditär-nervöse Veranlagung für die Entstehung derartiger Lähmungen eine Prädisposition bildet, und dass auch, wie hier, alkoholisch-toxische Einflüsse auf das Nervensystem für das familiär gehäufte Auftreten verantwortlich zu machen sind.

Bleacke-Magdeburg.

30) **G. Verga** (Pavia). Le basi anatomiche della chirurgia dei nervi periferici. (La Clin. chir. 1910. Nr. 1.)

Verf. hat eine Reihe von Tierversuchen über die Chirurgie der peripheren Nerven angestellt und kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Es ist möglich, durch Naht mittelst Dehnung der Stümpfe nach Schüller Kontinuitätslösungen von 2—3 cm zu überwinden, ohne dass die Dehnung dem Regenerationsprozess schade oder irgendwie die Vernarbung hindere.

2. Bei der Kreuzungsnaht der Nerven ergibt die histologische Untersuchung der Nervennarbe den gleichen Befund wie bei der direkten Naht.



3. Die Distanznaht gibt gleich gute Resultate, sowohl wenn sie mit Seidenschlingen, wie wenn sie mit Katgutschlingen gemacht wird.

4. Bei der Röhrennaht haben die frischen Arterienröhren die besten Resultate gegeben, die Kautschukröhren die schlechtesten. Die Payrröhren, wie sie sich heute im Handel befinden, dienen mehr zum Schutz der Nervennaht als zur Röhrennaht.

5. Die makroskopische Einheilung der homo- wie der heteroplastischen Pfropfung wird leicht erhalten; das eingepfropfte Stück aber degeneriert konstant und dient nur als Leiter für die vom zentralen Stumpf kommenden Fasern. 10 Tage nach der Operation ist es bereits möglich, neugebildete Fibrillen in dem proximalen Stück der Pfropfung zu erkennen. Unter dem anatomischen Gesichtspunkt ergibt sich kein verschiedenes Verhalten zwischen homoplastischen und heteroplastischen Pfropfungen; ebensowenig ist die Orientierung des implantierten Stückes von Bedeutung.

6. Die autoplastische Verlängerung der Nerven ist ein grundverfehltes Verfahren; sie verschlimmert die Läsion, die sie reparieren möchte.

7. Die Nervenimplantation gelingt leicht, was die anatomische Vereinigung anbelangt, und die Verwachsung kann bereits wenige Tage nach der Operation eine kräftige sein. Es kann unzweifelhaft ein direkter Uebergang von Fasern vom gesunden Stamm zum lädierten Stamm nachgewiesen werden. Der Befund ist nicht konstant und kann zuweilen, vielleicht infolge technischer Mängel, fehlen. Die Neurotisierung des lädierten Stammes kann erfolgen, welches auch immer das eingeschlagene Operationsverfahren ist, und sei es auch die einfache Fixierung der Implantation durch eine Längsnaht ohne Anfrischung. Die Schwere der Läsion, welche in dem gesunden Stamm entsteht, steht in Beziehung zu der Methode, die bei der Operation verwendet wird, und die erwähnte Läsion verheilt auf Kosten der nämlichen Regenerationsprozesse, die zur Neurotisierung des lädierten Stammes bestimmt sind.

8. Bei der Neurektomie verhindert die igneale Kauterisation des zentralen Stumpfes nicht die Regeneration der Nervenfasern.

Buccheri-Palermo.

31) **Eichhorn.** Ueber die Resultate der in der Jenaer Klinik ausgeführten Nervennähte. (Diss. Jena 1900.)

E. berichtet über die Nachuntersuchungenvon Patienten, bei denen in der chirurg. Klinik zu Jena die Nervennaht ausgeführt wurde. Es konnten 14 Fälle nachuntersucht werden, und zwar handelte es

sich nur um Extremitätennerven, je einmal um den N. radialis und medianus und je viermal um den N. ulnaris, peroneus und ulnaris mit medianus zusammen. — Die Erfolge entsprachen im ganzen nicht den erhofften Voraussetzungen, da in der Literatur vielfach von äusserst günstigen Resultaten berichtet worden ist. Nur in fünf Fällen konnte von einer wirklichen Wiederherstellung der eingebüssten Funktion der dem Nerven unterstellten Muskeln und der wiederhergestellten, vordem verloren gegangenen Sensibilität die Rede sein. Vielfach wurde nur ein Teil der eingebüssten Motilität und Sensibilität hergestellt, in mehreren Fällen war die Nachoperation der Nervennaht ohne jeden Erfolg. — Eine spezielle Beschreibung der einzelnen Fälle ist der Arbeit beigegeben.

Blencke-Magdeburg.

32) **Stoffel** (Heidelberg). Neue Gesichtspunkte auf dem Gebiete der Nerventransplantation. (Zeitschrift f. orthop. Chir. Bd. XXV, S. 505.)

Von dem Gedanken ausgehend, dass eine Differenzierung der verschiedenen Leitungsbahnen im Nervenquerschnitt bei der Nervenüberpflanzung in bezug auf die Wahl des abzutrennenden Lappens von Wichtigkeit sein müsse, hat St. am anatomischen Präparat sorgfältige Untersuchungen über den Verlauf der einzelnen Bahnen im Inneren des Nerven angestellt. Das Ergebnis der Arbeit ist, dass sich die einzelnen Nervenstämme sehr weit zentralwärts im Nerven verfolgen lassen. St. hat eine Querschnittstopographie für die wichtigsten Nerven in verschiedener Höhe des Stammes festgelegt, so für den Radialis, Medianus, Ulnaris, Axillaris, sowie Femoralis, Peroneus und Tibialis. Verf. hält die absteigende Methode wegen der genaueren Bestimmung des zu überpflanzenden Abschnitts für die empfehlenswertere. Ueber die Einzelheiten der von ihm geübten Technik sowie über die Details der anatomischen Untersuchung macht Verf. genaue Angaben, die im Referat nicht einzeln behandelt werden können.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

33) **Grunwald.** Zur Pathologie und Therapie schwerer Lähmungen. (Diss. München. 1909.)

G. berichtet über 18 Fälle von schweren Lähmungen, die in der Langeschen Klinik behandelt wurden und die den besten Beweis dafür abgeben, welch glänzendes Ergebnis selbst bei nahezu totaler Lähmung einer oder sogar beider unterer Extremitäten einschliesslich der Hüften lediglich durch Tenotomien und zweckentsprechende ein-



fache Apparate ohne Zuhülfenahme plastischer Operationen erzielt werden kann. Es handelte sich in allen Fällen um sogenannte Hand- oder Kniegänger, die wieder zum Gehen und Stehen gebracht wurden, so dass sie sich in festsitzenden Hülsenapparaten ohne Krücken völlig freihändig oder nur mit einem gewöhnlichen Spazierstock in der Hand sehr sicher fortbewegen konnten. Die zur Ausführung gelangten operativen Massnahmen erstreckten sich in der Hauptsache auf die Beseitigung von Beugekontrakturen des Hüft- und Kniegelenks, von Klumpfuss- und Spitzfussstellungen. G. stellt folgende Anforderungen an die betr. Apparate: Verhütung des Einknickens der Gelenke; möglichst sicherer Anschluss der Extremitäten an das Becken, von dem aus die Beine bewegt werden sollen, jedoch ohne völlige Aufhebung der Beweglichkeit der Hüftgelenke; Möglichkeit der Belastung und Entlastung der Extremitäten; Ermöglichung des Längenwachstums; möglichste Einfachheit und Leichtigkeit. **Blencke-Magdeburg.**

34) **Herz** (Sidney). Die Entstehung der Kontrakturstellung bei spastischen Lähmungen. (Zeitschrift für orthop. Chirurgie XXV. Bd. S. 723.)

H. erklärt die typische Stellung der Extremitäten bei spastischen Lähmungen dadurch, dass die kontrahierten Muskeln die anderen an Masse (d. h. an Kraft) übertreffen. Eine Aussenrotation kommt trotz des Ueberwiegens der Aussenrotatoren nicht zustande, weil die beiden in Flexionsstellung befindlichen Beine sich dabei gegenseitig hemmen. Die Innenrotation bekämpft H. durch Gipsverband, Exstirpation des vorderen Teiles des Glutäus medius und in hochgradigen Fällen durch hohe Osteotomie des Femur. Die sonstigen Kontrakturen werden durch entsprechende Tenotomien beseitigt.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

35) **Tsuruya Okoda**. Untersuchungen über Händedesinfektion. (Diss. Giessen. 1910.)

Auf Grund seiner Beobachtungen zieht O. folgende Schlussfolgerungen:

»1. Die verschiedene Beschaffenheit der Hände und die mehr oder minder grosse Uebung der Versuchsperson üben einen bedeutenden Einfluss auf die Ergebnisse der Händedesinfektion aus.

2. Wässrige Lösungen der geprüften Desinfektionsmittel genügen nicht, um die Hände ausreichend keimarm zu machen. Von den verschiedenen in dieser Form untersuchten Desinfektionsmitteln zeigten die Chlor- — m — Kreosollösungen die beste Wirkung.

3. In alkoholischen Lösungen wirken alle geprüften Desinfektions-



mittel weit besser, wie in wässrigen Lösungen. Die besten Ergebnisse wurden auch hier mit Chlor — m — Kreosol erzielt.

4. Das Chlor — m — Kreosol in rizinolsaurem Kali löst sich in Alkohol ganz klar. Diese alkoholische Chlor- — m — Kreosollösung riecht nicht, schäumt nicht und greift die Hände nicht an. Sie ist die geeignetste Lösung für die Händedesinfektion.

5. Eine 0,25 %ige alkoholische Chlor- — m — Kreosollösung zeigt schon eine sehr günstige Wirkung. Eine 0,5 %ige Lösung ergab noch bessere Resultate. Steigt die Konzentration über 0,5 %, so werden die Resultate im allgemeinen noch besser, wenn auch die Unterschiede gering sind.

6. Der als Lösungsmittel des Chlor — m — Kreosols dienende Alkohol hat in 70 % Konzentration die beste Wirkung gezeigt. Nächst der 70 %igen Konzentration kam die 90 %ige und dann die 50 %ige. Nimmt die Konzentration des Alkohols bis 25 % ab, so sind die Resultate sehr schlecht.

7. Als Lösungsmittel des Chlor — m — Kreosols zeigte der Aethylalkohol die günstigsten Ergebnisse. Nächst dem Aethylalkohol folgt in Bezug auf Wirksamkeit Methylalkohol und dann denaturierter Alkohol-(Brennspiritus).

8. Die Verwendung von Kaliseife bei der Händedesinfektion ergab günstigere Resultate als die von Mandelseife.

9. Seifenwaschung und eigentliche Desinfektion konnten ohne Nachteil auf 3 Minuten beschränkt werden, vorausgesetzt, dass die Hände für die Desinfektion geeignet waren und der Waschungsprozess energisch und gründlich ausgeführt wurde.

10. Eine Verlängerung der Seifenwaschung auf 10 Minuten ist von günstigem Einfluss auf das Resultat. Eine Verlängerung der Zeitdauer der Desinfektion bis auf 7 Minuten ist von grösserem Einfluss als die Verlängerung der Seifenwaschung.

11. Wenn die Hände in zweckmässiger Weise wiederholt desinfiziert werden, so werden die neu von aussen auf die Hände gelangten Keime leichter beseitigt und auch die tiefer liegenden Keime durch Wiederholung der Desinfektion allmählig abgetötet, sodass schliesslich vollständige Sterilität der Hände erzielt wird.

12. Eine Steigerung der Temperatur der Desinfektionslösung auf 42° C. war nur von geringem Einfluss auf das Resultat.

13. Alkohol und Chlor — m — Kreosol ergeben getrennt schlechtere Resultate, als kombiniert. Hierzu kommt noch der Zeitverlust und die Unbequemlichkeit in der Praxis bei getrennter Anwendung.

14. Die alkoholischen Chlor- — m — Kreosollösungen sind anderen



bekannten Händedesinfektionsmitteln in allen Punkten überlegen, sowohl hinsichtlich der Wirksamkeit, wie ihrer Ungiftigkeit und Reizlosigkeit für die Haut.«
Blencke-Magdeburg.

36) **Gabbert** (Madras), **Milward** (Birmingham). Death under spinal anaesthesia by Jonnescu's method. (Brit. med. journ. 19. März 26. 10.)

Beide Verf. berichten über je einen Todesfall nach der von Jonnescu angegebenen Rückenmarksanaesthesie mittels Novokain und Strychnin.
Mosenthal-Berlin.

37) **Erggelet.** Ueber Urinbefunde nach Lumbalanaesthesie mit Stovain. (Diss. Freiburg. 1910.)

E. berichtet über die Urinbefunde bei 50 mit Stovain ausgeführten Lumbalanaesthesieen. Das Ergebnis der Untersuchungen, auf Grund deren E. behaupten zu können glaubt, dass das Stovain nierenschädigende Eigenschaften besitzt, stimmt im allgemeinen mit dem bereits von Dr. Schwarz veröffentlichten überein. Verf. fand in 85,7 % Nierenreizungen.
Blencke-Magdeburg.

38) **Schall** (Halensee). Technische Neuheiten aus den Gebieten der Medizin, öffentlichen Gesundheitspflege und Krankenpflege. (Deutsche med. Wochenschr. 1910. Nr. 10. S. 464.)

Sch. beschreibt als Mitarbeiter des Patentamts 1. einen Universal-Geh- und Lagerungsapparat, der zur Behandlung von Gelenkentzündungen, Frakturen etc. dienen soll und durch seine universelle Adaptierungsfähigkeit die nach individuellen Maassen gefertigten Vorrichtungen überflüssig machen soll. 2. Einen Geradehalter, bestehend aus Rückenteil und damit verbundenen federnden Armen, die durch Druck von vorn die Schultern zurückhalten sollen. 3. Ein Korsett, bei dem auf der Innenseite des Rückenteils angebrachte Federn eine redressierende Wirkung entfalten sollen. 4. Eine Plattfusseinlage, bei der das Mittelstück durch Einsätze von verschieden hoher Wölbung in seiner Wirkung modifiziert werden soll. Alle 4 Apparate sind durch D. R. P. geschützt.
Ottendorff-Hamburg-Altona.

39) **Willy Pullmann.** Ein neues Messinstrument für Extremitäten. (Münch. med. Woch. 1910. Nr. 24.)

Das übliche Zentimetermessband gibt ungenaue Resultate wegen der Unterbrechung der geraden Messlinie durch Verwölbung der



Muskulatur. Deshalb konstruierte P. ein Instrument, das aus zwei zu einander verschiebbaren Teilen besteht, deren eines eine Zentimeterteilung trägt. Zwei 10 cm lange Ansätze, die rechtwinklig an beiden Teilen angebracht sind, bezeichnen die beiden Endpunkte des zu messenden Gliedes, während das Instrument entsprechend auseinandergezogen wird. Abbildung im Original. Das Instrument scheint praktisch zu sein. Hohmann-München.

40) **Joachimsthal** (Berlin). Ueber angeborene Wirbel- und Rippenanomalien. (Zeitschrift f. orthop. Chir. Bd. XXV, S. 14.)

J. gibt die Beschreibung von zwei anatomischen Präparaten von Wirbelsäulen, die an der Grenze des Hals- und Brustteils und auch an anderen Stellen eingeschobene Halbwirbel und Spaltbildungen zeigten. Bei einem dreijährigen Kinde fand sich ausser Interposition zweier Halbwirbel im Brustteil und der entsprechenden Anzahl Rippen eine knöcherne Verwachsung dreier Rippen dieser Seite. Ein 8 jähriges Mädchen wies neben einem Schulterblatthochstand eine abnorme Grösse des Querfortsatzes des letzten Halswirbels und eine Halsrippe der anderen Seite auf. Ausserdem war auf der Seite des Hochstandes eine Divergenz der 2. und 3. Rippe vorhanden, sodass dadurch ein kleines apfelgrosses Loch in der hinteren Umrandung des Brustkorbes entstand. Ottendorff-Hamburg-Altona.

41) **C. Barile** (Pisa). Contributo allo studio di alcune forme di spina bifida ed osservazioni sulla struttura della nevroglia patologica. (La Clin. chir. 1910. Nr. 3.)

Verf. bespricht drei in der chirurgischen Klinik zu Pisa operierte Fälle von Spina bifida und beleuchtet eingehend einige merkwürdige, bei Untersuchung der Zystensäcke erhobene histologische Befunde, auf Grund deren er behauptet, dass bei Spina bifida deutliche Spuren von anomaler Verteilung und von Vermischung der embryonalen Anlagen verschiedener Gewebe aufgefunden werden können. Diese Tatsachen beweisen, dass die Entstehung dieser Missbildung nicht so einfach ist, als aus der am weitesten verbreiteten Theorie (Recklinghausen, Muscatello) zu schliessen wäre, welche die Spina bifida auf einen einfachen Wachstumsdefekt der embryonalen Rudimente und sukzessive Komplikationen mechanischer und entzündlicher Natur zurückführt.

Anschliessend folgen Betrachtungen über einige umstrittene Punkte inbezug auf Diagnose, Prognose und Behandlung der fraglichen Krankheit.

Verf. beschreibt auch eingehend die Alterationen der Neuroglia einer Myelozyste und stellt deren entzündliche Natur fest. Da er in derselben Myelozyste einige Wintersteinersche Rosetten gefunden hat, rückt er die Daten ins Licht, welche sich aus seiner Beobachtung als Beitrag zur Erklärung der Entstehung und Bedeutung dieser pathologischen Bildungen ergeben.

Buccheri-Palermo.

42) **Spriggs.** Congenital Thoracis deformity. (Brit. med. Journ. 1910. v. 5. III.)

S. zeigt einen Fall von kongenitalem Defekt des sternocostalen Teils des musculus pectoralis maior und minor links.

Mosenthal-Berlin.

43) **Läwen.** Ueber eine Thoraxdeformität bei lange bestehendem Anus praeternaturalis im Kindesalter. (D. Zeitschr. f. Chir. 105. Bd. 1.—2. H. S. 257.)

Ein 5jähriger Knabe, bei dem wegen Atresia ani am 3. Tage ein Anus praeternaturalis am Querkolon angelegt wurde, zeigte eine Art Trichterbrust, indem der Schwertfortsatz stumpfwinklig nach hinten abgeknickt war, sodass der untere Corpusrand des Sternum als Kante vorsprang. Zu beiden Seiten des im Epigastrium befindlichen, markstückgrossen Anus praeternat. waren die Rippen zu einer tiefen Querfurche eingezogen. Die Deformität erklärt sich dadurch, dass das mit der vorderen Bauchwand verwachsene Querkolon durch das kurze Mesokolon transversum an der Wirbelsäule fixiert ist und beim weiteren Wachstum einen Zug auf den untern Teil der vorderen Thoraxwand ausübt. Bei Anlegung eines Anus praeternat. im frühen Kindesalter soll man das Querkolon vermeiden.

Zander-Heidelberg.

44) **Benedetti-Umbria.** Un caso di spondilosi rizomelica. (Rif. med. 1910. Nr. 21.)

Ein nicht erblich belasteter 26jähriger Bauer erlitt als Knabe ein starkes Trauma an der linken Seite durch Sturz von einer Eiche. 1906 wurde er in die Irrenanstalt aufgenommen. Er klagte über heftige Schmerzen im linken Koxofemoralgelenk, wo objektiv nichts besonderes wahrgenommen wurde. Später dehnte sich die Schmerzhaftigkeit auf das rechte Koxofemoralgelenk und die Wirbelsäule aus. Ungefähr zwei Jahre nach seiner Aufnahme starb Pat., welcher nunmehr eine vollständige Ankylose der Gelenke des Oberschenkels und des Rückgrats zeigte, an Lungentuberkulose.

Buccheri-Palermo.



45) **Romano.** La spondilosi rizomelica. (Giorn. intern. delle scienze med. 1910 Nr. 5.)

Verf. glaubt, dass der Name Spondylosis rhizomelica für alle jene Fälle von Versteifung der Wirbelsäule zu reservieren sei, die sie durch verschiedene pathologisch-anatomische Verhältnisse klinisch behaupten lassen, mit vollständiger oder unvollständiger Ankylose eines oder mehrerer Gelenke der Wurzeln der Ober- oder Unterextremitäten, welches auch deren Aetiologie und Pathogenese, Verlaufkomplikationen, funktionelle Störungen sein mögen. Denn diesen Fällen entspricht der nosographische Begriff, der in der von Marie und Strümpell gegebenen ethymologischen Bezeichnung enthalten ist und synthetisch an den vorherrschenden Symptomenkomplex erinnert.

Buccheri-Palermo.

46) **Lange** (Strassburg). Allmähliches Redressement des Pottschen Buckels. (Zeitschrift für orthop. Chirurg. XXV. Bd. S. 292.)

L. führt seine Behandlung der Spondylitis in verschiedenen Etappen durch. In der ersten Zeit im frischen Stadium (1—1½ Jahre) Lagerung im Gipsbett, das vom Kopf bis in den Füssen geht (eventuell Lagerungsapparat aus Leder und Stahl). Als zweite Periode Gipsverband, der durch Sägeschnitte horizontal geteilt wird, sodass eine Korrektur durch eingeschobene Korkkeile erfolgen kann (1—1½ Jahre). Im dritten Teil der Behandlung festes Korsett mit Rückenfenster zur Kompression des Gibbus eventuell mit Kopfstütze. Im weiteren Verlauf wird zur Nachbehandlung noch ein leichter Geradehalter und ein Gipsbett, das lediglich den Rumpf umfasst, gegeben. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

47) **Chlumsky** (Krakau). Ueber die Behandlung der habituellen (Schul-)Skoliose. (Zeitschrift f. orthop. Chir. Bd. XXV, S. 619.)

Ch. spricht sich dahin aus, dass die habituelle Skoliose keine Schulkrankheit sei, da der grösste Teil der von ihm untersuchten skoliotischen Kinder überhaupt keine Schule besuchte. Ch. schreibt der Beckensenkung durch Verkürzung eines Beines eine wesentliche Rolle bei der Entstehung der Rückgratverbiegung zu. Dementsprechend gibt er besonders bei einseitigen tiefsitzenden oder totalen Verbiegungen auf der verkürzten Seite eine Sohlenerhöhung. Ausserdem kommt das manuelle Redressement in Bauchlage und durch Apparate zur Anwendung. Auch durch Anlegung von Korsetts wird die Behandlung weiterhin unterstützt.

Ottendorff-Hamburg-Altona.



48) **Wittkop.** Zur Kenntnis der Luxation des Atlas. (Diss. Leipzig. 1910.)

Auf Grund der in der Literatur veröffentlichten Fälle und eines neuen aus der Bockenheimerschen Praxis stellt W. folgende Schlusssätze auf:

1. Lassen sich auf dem Röntgenbild bei einer Rotationsluxation des Atlas stärkere Verstellungen nachweisen, so muss, falls keine Fraktur des Zahnfortsatzes des Epistropheus vorliegt, eine Luxation, zum mindesten eine Subluxation im korrespondierenden Seitengelenk vorliegen.

2. Die Röntgenuntersuchung ist bei dieser Verletzung ein ausserordentlich wichtiges diagnostisches Hilfsmittel; sie muss in zwei zueinander senkrecht stehenden Ebenen erfolgen, von vorn und von der Seite. Sehr wichtig ist es, dass bei der Aufnahme von vorn der Mund des Verletzten geöffnet ist, damit die Kieferknochen das Bild der beiden ersten Halswirbel nicht undeutlich machen.

3. In erster Linie ist die Reposition des luxierten Atlas ohne Narkose zu untersuchen; ist die Halsmuskulatur in Spannung, so ist die Narkose zur Entspannung der Muskeln notwendig. Da das Erregungsstadium der Narkose eine stärkere Dislokation des Atlas herbeiführen kann, wodurch die Gefahr einer Verletzung des Rückenmarks vermehrt wird, so kann man statt der sofortigen Reposition ohne Narkose auch eine allmähliche Reposition durch Anlegen eines Extensionsverbandes mit starken Gewichten zu erreichen suchen, so vor allem bei der Luxationsfraktur.

4. Zur Nachbehandlung ist die Anwendung der Gipskrawatte ausserordentlich zweckdienlich, da sie nach gelungener Reposition eine Reluxation des Atlas verhindert. Auch in den Fällen, die mit Fraktur des Zahnfortsatzes kompliziert sind, ist das Tragen einer Gipskrawatte noch Monate hindurch von grossem Wert, da sie Hals und Kopf ruhig stellt und auf die Kallusbildung dadurch förderlich wirkt.

Blencke-Magdeburg.

49) **A. van der Minne** (Amsterdam). Oven halsribben. (Med. Rev. März 1910.)

A. v. d. Minne bespricht auf Grund zweier von ihm beobachteter Fälle das Entstehen von Halsskoliosen infolge bestehender Halsrippen. Nach Hinweis auf die Möglichkeit einer besonderen Rassen-Disposition (findet doch Helbing 2% deutsches, Gruber 33% russisches Material) erklärt er das Entstehen der Halsrippen und weist darauf hin, dass Garré diese Skoliosen als auf mechanischem Wege entstanden betrachtet, als eine Folge der Halsrippen;



einmal wegen des verhältnismässig häufigen Zusammentreffens der beiden Abweichungen, dann dadurch, dass eine einseitig vorkommende Halsrippe mehr oder weniger die freie Beweglichkeit der Halswirbelsäule nach dieser Seite hemmen muss.

Hoffa und Helbing weisen auf das fast immer konstante Vorkommen einer bestimmten Art von Skoliose bei Halsrippen hin: ein leichter Schiefhals, vornübergeneigtes Haupt, Kinn nach der konvexen Seite der Skoliose gedreht; das Haupt erscheint mitunter ganz nach dieser Seite verschoben. Eigenartig ist ferner die hohe Lage.

Helbing erklärt das Vorkommen dieser Skoliosen auf reflektorischem Weg. Die Patienten nehmen die verkehrte Haltung an, damit sie keine Schmerzen haben.

Gustav Drehmann hält die Halsrippenskoliosen für kongenital, da sie immer mit Anomalien an Wirbelkörpern und -bogen gepaart gingen.

Nach Eckstein sind Rhachitis und Heredität im Spiel.

Was die Therapie betrifft, kommen nur die Fälle in Behandlung, die Drucksymptome, mit den Folgen daran, zeigen. Nötig ist, dass die Halsrippe mit dem Periost reseziert wird, da sich sonst eine neue Knochenformation entwickeln kann.

v. d. Minne macht noch darauf aufmerksam, dass Hickol, ebenso wie er, auf das Zusammentreffen von tuberkulösen Lungenspitzenaffektionen mit Halsrippen hinweist.

Dann geht er zur Beschreibung seiner beiden Fälle über: Beim ersten bestand eine Schwächung des linken Armes durch eine Halsrippe am letzten Halswirbel; beim zweiten Fall wurden bei Röntgenuntersuchung der beiden Lungenspitzen zwei Halsrippen aufgefunden, die keine Symptome machten.

Schliesslich bespricht er das Entstehen der Halsrippen als atavistische Erscheinung (Rippe am 7. Halswirbel) oder als Zukunftsbild: Rudimentärwerden der Rippe am 1. Brustwirbel.

Tilanus-Amsterdam.

50) **Caminiti** (Neapel). Della osteomielite e della estirpazione della scapola. (Il Policlin. Sez. chir. 1910 fasc. 1.)

Verf. bespricht die in der Literatur bekannten 25 Fälle von Radikaloperation und schliesst aus ihrer geringen Anzahl, dass in dem Schulterblatt die Lokalisation der pyogenen Keime selten ist. Zu diesen Fällen fügt er seine persönliche Beobachtung, die er bei einem



27 jährigen Manne machte. Anschliessend daran bespricht er kurz Symptomatologie, Einteilung des Prozesses, Verlauf, Behandlung (Radikaloperation) und deren Erfolge. **Buccheri**-Palermo

51) **Tarsia in Curia.** Su di un caso di frattura delle due clavicole. (Studium 1910. Nr. 1.)

Es handelt sich um einen Verunglückten des Erdbebens von Calabrien-Sizilien, der durch die Seltenheit der gefundenen Läsionen von Interesse ist. Rechts ist die Fraktur des Schlüsselbeines eine vollständige, links unvollständig. Aus dem Fall nimmt Verf. Anlass zur Untersuchung des Mechanismus solcher Frakturen. **Buccheri**-Palermo.

52) **Grunert.** Zur Operation der Luxatio claviculae praesternalis. (Med. Klin. 1910. Nr. 22. S. 864. 65.)

Kurze Besprechung der in den Sanitätsberichten seit 1878/79 erwähnten 11 Fälle von Luxatio claviculae praesternalis, die fast alle mit Dienstunbrauchbarkeit der betroffenen Leute endeten. Verf. ist der Meinung, dass Militärdienstfähigkeit bei vollständiger Luxation ausgeschlossen ist. Da die Retention durch unblutige Methoden sehr schwer zu erreichen ist, will er auf blutigem Wege vorgehen. Zu unsicher erscheinen ihm die sonst gebräuchlichsten Methoden: Naht eines eventuellen Kapselrisses; König: Fixation eines vom Sternum über das Gelenk herübergeklappten Knochenperiostlappens an der Clavicula; Gersuny: Verlagerung des Ansatzes des Sternocleidomastoïdeus über die Klavikel hinweg an die erste Rippe.

Er befestigt einfach Brustbein und Klavikel miteinander durch Silberdrahtnähte.

Mitteilung eines durch diese Methode geheilten und dienstbrauchbar entlassenen Falles. **Natzler**-Heidelberg.

53) **Berliner.** Die Luxatio claviculae supraacromialis und ihre operative Behandlung. (Diss. Breslau. 1910.)

Nach B.'s Ansicht hat die erwähnte Luxation trotz ihrer Seltenheit doch eine beachtenswerte praktische Bedeutung, da sie Schädigungen im Gefolge haben kann, welche die Leistungsfähigkeit des Patienten schwer gefährden können. Die Prognose richtet sich ganz nach der eingeschlagenen Therapie. Bleibt die Luxation sich selbst überlassen oder unvollständig reponiert, dann ist jene bei weitem nicht so günstig, wie man immer anzunehmen gewohnt ist, abgesehen natürlich von jenen leichten Fällen, die ohne nennenswerte Störungen ausheilen. Die Behandlung mit Verbänden hat sich als unzweckmässig



erwiesen, dagegen hat die operative Therapie bisher fast ausnahmslos günstige Erfolge aufzuweisen, ja in der überwiegenden Anzahl der Fälle konnte das Resultat als ein ideales bezeichnet werden nach jeder Richtung hin. Was die Ausführung der Operation anbetrifft, so ist sie von allen Autoren als leicht bezeichnet worden, und zwar kommen zwei Methoden in Betracht, die perkutane Methode Baums und die sogenannte »offene Behandlung«. Ob eine von diesen den Vorzug verdient, ist bisher nicht erwiesen. B. hat die Baum'sche Operation an der Leiche geübt und sie als eine Methode kennen gelernt, durch die man in einfacher Weise eine vollständige und sichere Reposition erreichen kann. **Blencke-Magdeburg.**

54) **Hintermayer.** Ein Fall von Luxatio claviculae supraspinata. (Diss. München 1909.)

H. konnte in der ihm zugänglichen Literatur nur drei Fälle von Luxatio claviculae supraspinata finden, denen er noch einen vierten anfügt, der im St. Georgi-Ritter-Ordenskrankenhaus zu Nymphenburg in Beobachtung kam und der dadurch besonders interessant erscheint, weil er durch die vorgenommene Operation dazu verholfen hat, über die anatomischen Verhältnisse dieser seltenen Form der Luxation ein klares Bild zu gewinnen.

Blencke-Magdeburg.

55) **Luft.** Luxatio humeri congenita. (Diss. Giessen 1910.)

Nach einer kurzen Uebersicht über die in der Literatur aufgefundenen Fälle von Luxatio humeri congenita berichtet L. über einen in der Giessener Klinik beobachteten Fall, bei dem durch Obduktion mit Sicherheit festgestellt wurde, dass es sich in der Tat um eine derartige Luxation handelt und nicht etwa um eine Epiphysenlösung, die auch im Röntgenbilde eine solche vortäuschen kann. Als das wesentlichste Ergebnis seiner Arbeit hebt Verf. folgende Schlusssätze hervor:

1. Das Zustandekommen einer intrauterinen Schultergelenksluxation ist möglich.

2. Die die Luxation bewirkende Kraft ist weniger in Traumen, als in den Kontraktionen der Uterusmuskulatur, besonders bei Fruchtwassermangel zu suchen.

3. Die zur Entstehung der Luxation notwendige Haltung des Armes wird nur durch seltene Umstände gegeben sein, woraus die abnorme Seltenheit der Schultergelenksluxation resultiert.

Blencke-Magdeburg.



56) **van Assen** (Amsterdam). Die interkarpale Luxationsfraktur. (Zeitschrift f. orthop. Chirurgie. Bd. XXV, S. 609.)

In dem von v. A. beschriebenen Falle handelte es sich um Luxation des Lunatum und eine Fraktur des Naviculare. Die Exstirpation des Lunatum und eines damit zusammenhängenden Bruchstückes des Naviculare ergab einen ziemlich guten Erfolg. Verf. empfiehlt operatives Vorgehen, da der Versuch unblutiger Reposition meist misslingt und das Vorhandensein des luxierten Knochens meist sehr erhebliche Störungen der Funktion hinterlässt.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

57) **Haughton.** Fracture of head of humerus. (Brit. med. journ. Febr. 11. 1910.)

H. demonstriert einen Fall von schiefer Fraktur durch die Tuberositas und chirurgischen Hals des Humerus, mit chirurgischer Behandlung (Platten mit Schrauben) geheilt. Nach erfolglos konservativen Adaptionsversuchen vorderer Schnitt und zwei Platten angeschraubt, nach 5 Tagen erste Bewegungsversuche.

Mosenthal-Berlin.

58) **Williams** u. **Martin.** Fracture of the great tuberositas of the humerus. (Brit. med. Journ. Jan. 8. 1910.)

Beschreibung zweier Fälle mit obiger Verletzung, die beim ersten Falle mit Luxation der Schulter einherging und erst später diagnostiziert wurde. **Mosenthal**-Berlin.

59) **Ball** u. **Stokes.** Paralysis of the brachial plexus. (Brit med. journ. 5. March. 1910.)

B. und St. stellen Fälle von Brachial-Plexuslähmung vor, die mit vollständiger Paralyse der Armmuskeln endeten. Moorhead berichtet über 3 gleiche Fälle, Nervenanastomose hält er nur für indiziert, wenn geringe Reaktion auf galvanischen Strom vorhanden ist. Haughton hat bei frischen Verletzungen mit der Nervennaht befriedigende Resultate erzielt, während bei Operation von 5 Monaten nach der Verletzung an positive Resultate ausblieben. Er hat den Versuch gemacht, von einem frisch getöteten Schaf ein Stück Ischiatikus beim Menschen einzusetzen, jedoch ohne Erfolg.

Mosenthal-Berlin.

60) **Lett.** Cyst of Humerus. (Brit. med. journ. 1910. 5. III.)

13jähr. Junge, nach Fraktur des Humerus entstand eine dicke Geschwulst an der Frakturstelle, die zuerst als endostales Sarkom diagnostiziert wurde, bei der Operation aber als Zyste erkannt wurde.

61) **Vercelli.** Intervento operativo per lussazione traumatica del gomito con frattura dell'epitroclea. (Gazz. degli osped. e delle clin. 1910, 13 mar.)

Bei den Luxationen des Ellenbogens mit Fraktur der Epitrochlea muss der Chirurg zuerst die Luxation versorgen und sie mit den gewöhnlichen Mitteln zu reponieren versuchen. Zwei sind die zu fürchtenden unmittelbaren Komplikationen: die Reproduktion der Luxation und die Zwischenlagerung des Fragmentes zwischen die Gelenkköpfe. Da es unmöglich ist, erfolgreich auf den kleinen Epitrochlearknoten zu wirken, kann er durch unblutige Manöver nicht reponiert und an seinem Platz erhalten werden. Offensichtlich ist, dass er entfernt werden muss, wenn er ein Hindernis für die Bewegungen des Ellenbogens bildet; dies ist auch ratsam, wenn er sich bei der Gelenkzwischenlinie oder vor dem Gelenk befindet.

Buccheri-Palermo.

62) **H. Reiner** (Berlin). Ueber die funktionellen Resultate der Resektion des Ellbogengelenks mit Interposition eines Muskellappens nach Helferich. (D. Zeitschr. f. Chir. 104. Bd. 3.—4. H. p. 209.)

Die an der Bierschen Klinik in Berlin mit der Resektion des Ellbogengelenkes nach Helferich erzielten Erfolge sind auffallend gute. Von 23 Fällen, von denen Verf. die Krankengeschichten bringt, haben 21 ein befriedigendes funktionelles Resultat ergeben. 19 haben völlig gebrauchsfähige Gelenke und nur zweimal trat völlige Versteifung und einmal Schlottergelenkbildung ein. Besonders auffallend sind die guten Resultate bei der Tuberkulose des Ellbogens, obgleich es sich, wie Verf. ausdrücklich bemerkt, immer um Fälle von ausgedehnter Tuberkulose gehandelt hat. **Baisch**-Heidelberg.

63) **Nürnberg.** Ueber Schnittführung bei der Resektion des Ellenbogengelenks. Diss. Leipzig 1910.

Verf. hebt in der vorliegenden Arbeit die Gesichtspunkte hervor, welche für die angegebenen Verbesserungen der Ellenbogengelenkresektionsmethoden massgebend gewesen sind und beschreibt einige der publizierten Methoden, deren Zahl schon jetzt über 40 beträgt, um klar zu machen, in welcher Weise man versucht hat diese Abänderungen auszuführen. **Blencke**-Magdeburg.

64) **Padula.** Frattura del 3° superiore dell'ulna. (Studium 1910. Nr. 1.)

In zwei Fällen hat Verf. die Folgen einer Fraktur des oberen



Drittels der Ulna, kompliziert im 1. mit Luxation des Radiusköpfchens nach vorn, im anderen mit Luxation dieses Köpfchens und Fraktur des Halses dieses Knochens beobachtet. Die Läsion war in beiden Fällen nicht von den behandelnden Chirurgen diagnostiziert worden, vielmehr war die Diagnose auf einfache Kontusion des Ellenbogens und des Vorderarmes gestellt worden. Da diese spezielle Form von Verletzung leicht zu Irrtümern Anlass geben kann, so studiert Padula die Läsion, um ihren Mechanismus, die möglichen Folgeerscheinungen und die Behandlung aufzuklären, die sich rationell aus den Kenntnissen der chirurgischen Anatomie zu ergeben hat, sei es, dass primär eingegriffen wird oder dass der Pat. sich erst spät an den Chirurgen wendet.

Buccheri-Palermo.

65) **Tyson.** Ossification in the brachialis anticus (internus) following injury to the elbow. (Brit. med. journ. 16. April 1910.)

Nach einem ersten Unfall wurde auch mit X-Strahlen keine Verletzung der Knochen am Ellbogen nachgewiesen, nach 4 Monaten fühlte Patient, der inzwischen wieder gearbeitet hatte, einen Knoten an der inneren Ellbogenfläche, kurz nach einem 2. Unfall stellte man durch das Röntgenogramm eine knöcherne Spange im brachialis internus fest, die exzidiert wurde und an einem Ende in Muskel, am andern in fibröse Massen auslief. Nach der Operation fand keine aktive Knochenformation statt. Pat. ist geheilt. T. gibt als Entstehungsursachen Versprengungen von knochenbildenden Elementen beim Unfall oder bei forzierten Reduktionsmanövern an. Die Verknöcherungen entwickeln sich nicht in, sondern unter der Sehne und haben nichts mit Myositis ossificans zu tun.

Mosenthal-Berlin.

66) **Petit.** Le retour de manivelle chez les chauffeurs d'automobile. (Ueber Verletzungen durch Rückschlag der Kurbel bei Automobilfahrern.) (Annales de chirurgie et d'orthopédie 23. Bd. S. 102.)

Unter 64 von P. mittels Röntgenstrahlen untersuchten Fällen zeigten 25 keinerlei Skelettverletzungen, bei 2 waren Brüche der Mittelhandknochen und bei 6 ein Bruch beider Vorderarmknochen zustande gekommen. Nur ein einziges Mal war eine Verletzung des Navikulare nachzuweisen. Die übrigen Fälle waren Frakturen des Radius, die aber zum guten Teil abnormen Verlauf zeigten. Die typische Bajonettstellung war nicht vorhanden, charakteristisch war der Druckschmerz an der Bruchstelle und die Sugillation, die



sich etwas später auf der Palmarseite zeigte. Die Heilung erfolgte im allgemeinen ohne wesentliche Behinderung.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

67) **Er. Ebstein.** Zur Aetiologie der Brachydaktylie. (Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 21. Bd. 3. H. p. 531.)

Aus der Leipziger med. Klinik berichtet Verf. über 2 Fälle von Brachydaktylie. Einmal waren die Mittelphalangen des 2.—5. Fingers der linken Hand auf $^1/_3$ der normalen Länge verkürzt und im 2. Fall der Metakarpus des 4. Fingers der rechten Hand auf etwa die Hälfte. Beide hatten dieses Leiden von Geburt — wegen beginnender Phthise waren beide Pat. in die Klinik aufgenommen worden. Im 2. Fall war Heredität der Fingerdeformität nachweisbar. Sonst kann Verf. über die Aetiologie nichts aussagen, nur scheint ihm Kümmells Theorie von der Entstehung durch Raumbeengung in utero für diese Fälle nicht passend.

Balsch-Heidelberg.

68) **Lockhart Mummery.** Congenital Absence of femur. (Brit. med. Journ. 1910. v. 5. III.)

2jähr. Kind mit kongenitalem Femurdefekt, der Unterschenkel normal, nach aussen rotiert, die Diaphyse des Femurs links fehlte, die untere Epiphyse schien vorhanden zu sein, an ihrer Stelle fand sich eine schmale Knorpelinsel. (Röntgenbefund.)

69) **Müller.** Ueber Luxatio centralis femoris. Diss. Breslau 1910.

Verf. geht zunächst mit kurzen Worten auf die Krankengeschichten der in der Literatur bisher veröffentlichten Fälle von Lux. femoris centralis ein, von denen er 45 zusammenstellen konnte, denen er dann noch vier in der chirurgischen Klinik zu Breslau beobachtete Fälle anreiht. An der Hand aller dieser Fälle geht er dann des näheren auf die Entstehung und Behandlung dieser Luxationen ein, desgleichen auch auf ihre pathologische Anatomie. Bezüglich der veralteten Fälle empfiehlt er unter Umständen, wenn sie nicht allzu alt sind, eine etwas gewaltsame Reposition in Narkose. In den völlig veralteten Fällen, wo der Femurkopf fest fixiert ist, wird man ihn an seiner fehlerhaften Stelle stehen lassen, nur vielleicht bei sehr schlechter Funktion beim Gehen durch erhöhte Sohle gegen Verkürzung oder auch durch Schienenhülsenapparate eine gewisse Besserung beim Gehen zu erzielen suchen. Oefters wird aber trotz völliger Fixation des Kopfes und Verkürzung und Flexionsstellung des Beines durch Uebung mit der Zeit die Fähigkeit zu gehen eine



ganz gute, wenn auch hinkend, trotz ganz mangelhafter oder ohne jede Behandlung, wie zwei vom Verf. angeführte Fälle beweisen.

Blencke-Magdeburg.

70) **Brandes.** Zur Therapie spontaner Hüftgelenksluxationen im Gefolge akuter Erkrankungen. (D. Zeitschr. f. Chir. 105. Bd. 1.—2. H. S. 80.)

Mitteilung eines Falles von Spontanluxation der rechten Hüfte bei Pyämie infolge Osteomyelitis der linken Hüfte. Nach länger als 3 Monate bestehender Luxation gelang die unblutige Reposition mit gutem funktionellem Resultat. Das Röntgenbild, das keine Deformierung an Kopf und Pfanne zeigt, macht eine Distensionsluxation wahrscheinlich, entstanden durch die Erschlaffung der der Kapsel und Bänder infolge eines Gelenkergusses. Derartige Spontanluxationen treten am häufigsten im Hüftgelenk auf, und zwar meistens bei Typhus, nächstdem bei akutem Gelenkrheumatismus, Scharlach und Variola.

Verf. bespricht sodann einige Fälle aus der Literatur vom Jahre 1853 an hinsichtlich ihrer Therapie: manuelle unblutige Reposition führte meist unter monatelanger Anwendung von Extensionsapparaten und grosser Kraftentfaltung zum Ziel. Oft musste man jedoch zu blutiger Reposition oder Resektion schreiten. Dies zeigt die sehr zweifelhafte Prognose der Spontanluxationen. Verf. rät, bei Spontanluxation die üblichen Repositionsmanöver wie bei der kongenitalen Luxation anzuwenden und die Einrenkung über den hinteren Pfannenrand zu bewerkstelligen. Zur Verhütung der Spontanluxation muss man durch Punktion das meist seröse Exsudat aus dem Gelenk entfernen, um dadurch die Dehnung der Bänder und Kapsel zu verhindern und den Entzündungsprozess früher zum Stillstand zu bringen. Die prophylaktischen Punktionen sind eventuell öfter zu wiederholen.

Zander-Heidelberg.

71) **Weber** (München). Ueber das Vorkommen der Coxa valga bei der angeborenen Hüftverrenkung. (Zeitschrift f. orthop. Chirurgie. Bd. XXV, S. 138.)

Zur Fesstellung einer Coxa valga verlangt Verf. Röntgenaufnahmen in Innenrotation der Beine, da bei Aussenrotation oder Mittelstellung die Anteversion des oberen Femurendes eine Steilerstellung des Schenkelhalses vortäuschen kann. Unter 65 Fällen von Lux. cox. cong., die unter diesen Cautelen aufgenommen waren, fanden sich nur 4,6 % von Coxa valga.



W. glaubt deshalb auch einen ätiologischen Zusammenhang der Hüftluxation mit der Steilheit des Schenkelhalses verneinen zu müssen.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

72) **Pürckhauer** (München). Ueber Coxa vara als Folgeerscheinung der unblutigen Einrenkung der angeborenen Hüftluxation. (Zeitschrift f. orthop. Chirurgie. Bd. XXV, S. 112.)

Während die Coxa vara als Begleiterscheinung vor der Reposition der angeborenen Hüftverrenkung sehr selten ist, findet sie sich häufiger während der Behandlungszeit und ziemlich oft noch Jahre lang nach Abschluss der Behandlung. P. fand während der Behandlung in 10,98 % der Fälle eine Coxa vara, die er zum Teil auf Lösung der Kopfepiphyse, teils auf Verbiegung durch Muskelzug infolge einer Knochenatrophie vielleicht reflektorischen Ursprungs zurückführt.

Bei bereits reponierten Luxationen fanden sich in 47,5 % leichtere oder schwerere Formen von Coxa vara. Die Ursache dieser Erscheinung ist nicht sicher zu deuten. Es besteht jedenfalls eine stärkere Knochenatrophie, die zeitlich mit einer Periode stärkeren Knochenwachstums zusammentrifft. Infolge dieser Knochenatrophie kommt es auch leicht zu Unregelmässigkeiten der Femurköpfe, die von den Höckern der Pfanne zurechtgeschliffen werden.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

73) **Bibergeil** (Berlin). Gibt es eine Osteoarthritis deformans coxae juvenilis idiopathica? (Zeitschrift f. orthop. Chirurgie. Bd. XXV, S. 184.)

Auf Grund eigener Beobachtung speziell nach dem Röntgenbilde glaubt B. die Frage nach dem Vorkommen einer Osteoarthritis deformans juvenilis bejahen zu können. Ob dagegen alle bisher in der sehr geringen Literatur berichteten Fälle tatsächlich dieser Erkrankung zuzurechnen sind, erscheint fraglich. Aetiologisch ist die Erkrankung noch ziemlich dunkel. Therapeutisch kommt zur Behebung der Schmerzen und Besserung der Kontraktur Extensionsverband oder Gipsverband in Frage, in schwereren Fällen die Osteotomie des Femur oder die Resektion des Oberschenkelkopfes.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

74) **Palagi.** Sul valore della resezione coxo-femorale. (Arch. di ortop. anno XXVI, Nr. 4—5.)

P. bespricht den Wert dieser Resektion bei den tuberkulösen Formen, den Osteomyelitiden und eitrigen Arthritiden nach Infek-



tionskrankheiten, den chronisch deformierenden Affektionen, den Tumoren, den angeborenen und veralteten traumatischen Luxationen, den Ausgängen von Frakturen, den Ankylosen beliebigen Ursprungs, den Schlottergelenken. Ganz besonders verweilt Verf. bei den Resektionen bei tuberkulösen Formen.

Buccheri-Palermo.

75) **I. B. Berlucchi.** Considerazioni sopra due casi di femore varo. (Arch. di ortop. anno XXVI, Nr. 4—5.)

Es handelt sich um eine Krümmung, die in einem gewissen Alter bei ganz gesund scheinenden Individuen auftrat und allmählich zunahm. Es folgte Entwicklungshemmung der Länge der ganzen Extremität, leichte Schmerzen traten auf und die Röntgenographie zeigte in der unteren iuxtaepiphysären Gegend des Femur selbst eine umschriebene Rarefaktionszone.

Da dem Verf. die kongenitale Natur der Läsion wenig wahrscheinlich scheint und er glaubt, Rachitis, Osteomalazie, Syphilis, Paget'sche Krankheit ausschliessen zu können, hält er den Gedanken an eine neue Krankheitsform mit speziellen Charakteren für naheliegend. **Buccheri**-Palermo.

76) **Wheeler.** Operation for fractured femur in a Child. (Brit. med. journ. Febr. 11. 1910.)

Wh. zeigt ein Kind (4jähr.) mit schiefer Fraktur des Femurs, bei dem er nach erfolgloser konservativer Behandlung genötigt war, operativ vorzugehen, nach schwieriger Adaption, Fixation mit Platten, Schrauben und Drähten gutes Endresultat. Er wendet bei Kindern mit Frakturen nur die ersten paar Tage Schienen an, belastet aber, nachdem die Schiene nach einigen Tagen entfernt und mit Massage und aktiven Bewegungen begonnen ist, erst 6—8 Wochen später.

Mosenthal-Berlin.

77) **Mesus.** Erfahrungen über die Amputatio femoris nach Gritti. (D. Zeitschr. f. Chir. 102. Bd. 4.—6. H. p. 470.)

Die Arbeit bringt den Bericht über 36 Fälle Gritti'scher Femuramputation aus der chirurg. Abteilung der städtischen Krankenanstalten in Königsberg, darunter war in 13 Fällen arteriosklerotische und in 2 diabetische Gangrän Indikation zur Operation. Die Erfolge sind im ganzen recht gute und decken sich mit denen anderer Kliniken und Krankenanstalten. Todesfälle, die der Operation zur Last fielen, wurden nicht beobachtet, die Heilung war in den Fällen, in denen sie erstrebt wurde, meist auch eine primäre, namentlich bei



der Gangrän fiel die gute Ernährung des Vorderlappens, dadurch dass Haut und Weichteile in Verbindung blieben, ins Gewicht. Die Stumpfverhältnisse waren in den meisten nachuntersuchten Fällen gute, in keinem war die Patella vom Femur abgeglitten, wenn auch teilweise etwas verschoben. Verf. empfiehlt daher die Gritti'sche Amputation vor der Exarticulatio genu oder der Carden'schen Operation in allen Fällen von arteriosklerot. Gangrän, wenn in der Höhe des Knies abgesetzt werden muss. Auch bei Absetzung in Kniehöhe aus anderen Indikationen ist die Gritti'sche Operation zu bevorzugen, wenn Arteriosklerose besteht. **Baisch**-Heidelberg.

78) **F. Mannino.** Due casi di frattura esposta della rotula trattati mediante la sutura ossea ed il cerchiaggio. (Gazz. intern. di med. 1910 Nr. 3.)

Verf. berichtet über zwei klinische Fälle und kommt zu dem Schluss:

Die subkutanen Querfrakturen der Kniescheibe, bei denen der Bandapparat intakt oder beinahe intakt geblieben ist, infolgedessen die Diastase eine ganz geringe ist, müssen mit Massage und früher Mobilisation behandelt werden, da meistens durch diese Behandlung ein befriedigendes anatomisches und funktionelles Resultat erzielt wird.

Die subkutanen Quer- oder Splitterfrakturen mit ausgedehnter Zerreissung der Flügelchen, bei denen die Diastase der Fragmente eine bedeutende ist, und die offenen Frakturen müssen, ausser in besonderen Verhältnissen, welche den Operationsakt kontraindizieren, mit der Knochennaht oder Umreifung behandelt werden, auf die in kurzem Abstand die Massage und frühe Mobilisation folgt.

Als Nahtmaterial eignet sich vorzüglich ein kräftiger Silberdraht. **Buccheri**-Palermo.

79) **E. W. Baum.** Zur Technik der Nachbehandlung der Patellarnaht. (D. Zeitschr. f. Chir. 104. Bd. 3.—4. H. p. 375.)

Angeregt durch die Veröffentlichung Kausch's über seine Methode der Behandlung von Patellarfrakturen (Centralbl. f. Chir. 1907 Nr. 19) wurden auch an der Kieler Klinik die Patellarfrakturen in ähnlicher Weise behandelt. Sofort nach der Naht wurde das Kniegelenk in Beugestellung von 45° (= Gelenkwinkel 135°) gebracht. In dieser Stellung wurde 5—6 Tage auf Schiene fixiert, von da ab Beginn mit Massage und passiver Streckung. Aktive Streckversuche wurden erst am 14. Tag vorgenommen. Dem viel rascheren Vorgehen Kausch's — Beugung sofort bis 90° und Massage am



Tage der Operation, passive und aktive Bewegung am 3.—4. Tag — konnte man sich also in der Kieler Klinik nicht ganz anschliessen. Durch diese Behandlungsart wurde die Dauer gegenüber der früheren um durchschnittlich 17 Tage abgekürzt, zugleich war das Resultat bei der Entlassung ein besseres als bei den früheren. Eine gute Drahtnaht des Knochens ist allerdings Vorbedingung für einen sicheren Halt bei dieser frühzeitigen funktionellen Inanspruchnahme.

Baisch-Heidelberg.

80) **Todaro** (Firenze). Ossificazione traumatica dell'aletta interna della rotula. (Ramazzini, anno IV, fasc. 1—2.)

T. beschreibt einen Fall von traumatischer Verknöcherung inmitten des inneren Flügelchens der Kniescheibe, der vielleicht ein Unikum ist und einiges Interesse bietet. **Buccheri**-Palermo.

81) **O. J. Lauper.** Konservative Kniegelenkseröffnung. (Zentralbl. f. Chir. 1910. Nr. 24. S. 821 ff.)

Während für die typische Kniegelenksresektion eine Anzahl vorzüglicher Methoden existieren, vermisst Verf. für konservative Kniegelenkseröffnung eine Methode, die einerseits eine gute Uebersicht über das eröffnete Gelenk geben, andererseits aber die Bänder und ansetzenden Muskeln schonen soll. Eine Anzahl konservativer Methoden, u. a. von Langenbeck, Riedinger, Hüter und Kaiser genügt nicht zu operativen Eingriffen an den Femurkondylen. Für solche, sowie für Exstirpation von Fremdkörpern, Gelenkmäusen, innerem Meniskus empfiehlt L. „die konservative Arthrotomie mit innerem Schrägschnitt, alleiniger Kapseleröffnung und Periostablösung über dem Condyl. int. femoris und temporärer Luxation der Patella nach aussen." Die Methode hat L. auch an mehreren Leichenversuchen erprobt. Genaue Beschreibung einer solchen, an einem 23jährigen Mann ausgeführten Operation mit gutem Erfolg. **Natzler**-Heidelberg.

82) **F. Kroiss.** Die Verletzungen der Kniegelenkszwischenknorpel und ihrer Verbindungen. (Bruns Btrg. z. kl. Chir. 66. Bd. 3. H.)

In einer sehr ausführlichen Arbeit gibt Verf. eine gewissermassen monographische Darstellung des Krankheitsbildes der Meniskusverletzungen, das früher z. T. auch unter der Bezeichnung Luxation der Semilunarknorpel bekannt war, im Grund aber eine traumatische Zerreissung der Substanz oder der Verbindungen des Meniscus mit seiner Umgebung darstellt. Verf. gibt nacheinander eine ausführliche



Schilderung der normalen und der patholog. Anatomie der Menisci, der Aetiologie und des Mechanismus, der Symptome, der Behandlung und der Resultate. Verf. stützt sich hierbei auf 32 Fälle der Innsbrucker chirurg. Klinik und auf 214 aus der Literatur gesammelte Fälle. — Der mediale Meniskus ist der bei weitem am häufigsten Befallene (2:1) ebenso sind die Verletzungen der vorderen Hälfte der Menisci häufiger als die der hinteren, sie bestehen in einer Verletzung der Menisci selbst (Längs- und Querrisse) oder ihrer Verbindung mit der Umgebung. Die Fälle sog. „abnormer Beweglichkeit" der Menisci stellen sich dar als Endstadien kleiner, wiederverheilter Abreissungen, oder von Entzündungen, Blutungen in der Umgebung der Menisci.

Für den Mechanismus der Verletzungen kommen nach neueren Forschungen verschiedene Ursachen in Betracht. Selten sind es direkte Ursachen (Knieen auf eine Kante), meist sind es indirekte und darunter am häufigsten Rotationsverletzungen bei gebeugtem Knie, ferner kommen noch Hyperextensions- und indirekte Stosswirkungen (Fall auf Füsse bei gestreckten Beinen) in Betracht. Symptome und Diagnose sind wohl allgemein bekannt, besonders erwähnen möchte ich nur, dass dem Röntgenbild nach Verf. nur in soweit Bedeutung zukommt, als dadurch andere Verletzungen ausgeschlossen werden können. — Die früher allgemein angenommenen glänzenden Erfolge der totalen Exstirpation des verletzten Meniskus haben sich nach neueren Untersuchungen nicht bewährt, es bleiben doch in einem Teil der Fälle Beschwerden zurück, dennoch ist auch ein völliges Aufgeben der Exstirpation zu gunsten der Fixation nicht angebracht. Nach den Erfahrungen der Innsbrucker Klinik bleibt dennoch die Exstirpation für die meisten Fälle das Normalverfahren, wo es nicht zur Heilung führt, ist wohl die Meniskusverletzung nicht der einzige Schaden gewesen, der das Gelenk betroffen hat. Die Naht ist auf solche Fälle zu beschränken, wo nur teilweise Abreissungen von der Kapsel ohne Veränderung am Meniskus selbst stattfanden.

Baisch-Heildelbeg.

83) **Kenelm H. Digby.** Displacements of the semilunar cartilages. (Lancet 15. Jan. 1910.)

Genaue Beschreibung der Anatomie und Physiologie der Zwischenknorpel und Bänder des Kniegelenks, mit ausführlicher Angabe sämtlicher Ursachen, die eine Verrenkung derselben herbeiführen können. Die Verrenkung entsteht höchst selten durch direkte Gewalt, meistens durch Gewalteinwirkungen, Zug oder Drehung des



Oberkörpers bei fixiertem Fuss oder plötzliche Drehung des Unterschenkels. Die Auswärtsrotation des Unterschenkels erzeugt eine grössere Kraft, wie die Innenrotation, die gewöhnliche Auswärtsstellung der Füsse begünstigt ebenfalls die Verrenkungen nach auswärts, daher die viel häufigere Distorsion nach auswärts im Kniegelenk.

Da das Knie bei Zustandekommen dieser Verletzungen meist etwas gebeugt ist, so fällt die Wirkung der Tibia-femoral-Bänder, die die Auswärtsrotation der Tibia verhindern könnten, fort. Die Hauptzugkraft wird also dadurch auf das vordere Ende des internen und das hintere Ende des äusseren Semilunarknorpels ausgeübt; dementsprechend ist diese Art der Verletzung die häufigste. Therapie: konservativ mit vollkommener Ausschliessung der seitlichen und rotierenden Bewegungen im Knie, nach Reposition der Knorpel.

Mosenthal-Berlin.

84) **P. Calcagni.** Risultati immediati e tardivi della resezione del ginocchio nell'adolescenza per lesioni tubercolari. (Gazz. intern. di scienze med. 1910, fasc. 2.)

Verf. schliesst:

1. Die Tatsache, dass ich keinen Todesfall gehabt habe, entzieht dem aus rein wissenschaftlichen Erwägungen sich ableitenden Glauben, dass der operative Eingriff durch Eröffnung neuer Bahnen das, was lokalisiert war, verallgemeinere und demnach die Meningitis bedinge, den Boden.

2. Die chirurgische Tuberkulose des Knies heilt vollkommen durch die Resektion auch in vorgerückten Fällen, in denen man a priori zur Amputation geneigt war.

3. Das resezierte Glied wächst und es ist demnach nicht wahr, dass bei den Adoleszenten unausbleiblich eine progressive Verkürzung desselben eintreten müsse, sofern nur nicht der ganze Konjugationsknorpel entfernt wird.

4. Die auf die Resektion folgenden Deformitäten der Extremität sind nicht dem Operationsakt, sondern der Nachlässigkeit der Patienten zuzuschreiben, welche den Schutzapparat nicht, möglichst auch nachts, während der ganzen Wachstumsperiode tragen.

5. Bei diesen konsekutiven Deformitäten facht ein neuer operativer Eingriff zu ihrer Korrektion (keilförmige Osteotomie längere Zeit nach Heilung des spezifischen Prozesses) den tuberkulösen Prozess nicht wieder an und um so weniger gibt er Meningitis.

Buccheri-Palermo.



85) **Milne** (Aberdeen). Rupture of both quadriceps-extensor cruris tendons. (Brit. med. Journ. Jan. 22. 1910.)

M. beschreibt im Anschluss an den Nov. 09 von Chichester berichteten Fall von doppelseitiger Quadricepsruptur einen gleichen Fall, bei dem die Ruptur des rechten Quadriceps erst eintrat, nachdem Patient mit dem rechts bereits rupturierten Muskel aufzutreten versuchte. **Mosenthal**-Berlin.

86) **Mc. Nabb Deal.** Fracture of tibia and fibula by direct violence. (Brit. med. journ. Febr. 19. 1910.)

Diagonale Fraktur der unteren Fibula und Tibia, die erst bei der zweiten seitlichen Röntgenaufnahme diagnostiziert wurde, entstanden durch direkte Gewalt, Aufspringen beim Turnen.

Mosenthal-Berlin.

87) **H. Meerwein.** Die Fraktur des Condylus externus tibiae. (D. Zeitschr. f. Chir. 102. Bd. 4.—6. H. p. 522.)

Verf. bringt 4 Fälle von Fraktur des äusseren Tibiakondyls, die im Laufe von 6 Monaten in Prof. Haeglers Privatklinik in Basel beobachtet wurden, und einen Fall von Prof. Wilms (Basel). Drei davon waren primär nicht erkannt worden. Die indirekte Frakt. des Condylus extern. tibiae stellt sich als eine typische Verletzung bei bestehendem Genu valgum dar, sonst ist die Frakt. des inneren Condylus häufiger. Die Symptome sind die einer starken Distorsio genu ev. mit Seitenbandzerreissung, diagnostisch ist daher auf den isolierten Druckschmerz eines Tibiakondyls besonderer Wert zu legen, womöglich ist jedoch eine Röntgenaufnahme zu machen. Die Heilung ist in frischen Fällen, wenn durch Ruhigstellung eine Verschiebung verhindert wird, meist gut, doch ist die Prognose quoad restitutionem completam nicht durchaus günstig (Beteiligung des Gelenkes, spätere Arthritis deformans etc.). Bei starker Verschiebung des Fragmentes ist eine Annagelung — 5. Fall des Verfs. — zu empfehlen. **Balsch**-Heidelberg.

88) **Weichert.** Zur Kasuistik der traumatischen Luxationen des Talokruralgelenkes. (Diss. Leipzig. 1910.)

W. berichtet über 13 Fälle von Fussverrenkungen aus der chirurg. Klinik zu Leipzig, die mit Malleolarfrakturen verbunden waren. Er ist der Ansicht, dass das Vorkommen der Luxationen des Fusses im oberen Sprunggelenk in sagittaler Richtung wohl nur in sehr seltenen Fällen ohne begleitenden Knöchelbruch möglich ist, während er es bei den Verrenkungen nach der Seite, die ja immer geringgradig sind, für ausgeschlossen hält. Die gewöhnlichen traumatischen Ursachen der



Fussluxationen, falls es sich nicht um schwere komplizierte Verletzungen durch Maschinengewalt etc. handelt, haben seiner Meinung nach keinerlei Einfluss darauf, ob die Luxationen rein oder mit einem Knöchelbruch kompliziert sind. Es gelten wohl für die Aetiologie bestimmte Gesetze, nicht aber für die Ausdehnung der Verletzung, bei der eher individuelle Momente eine Rolle spielen dürften.

Blencke-Magdeburg.

89) **Taddei.** Contributo alle fratture duplici dell'astragalo. (Arch. di ortop. 1910. Fasc. 1.)

Aus dem klinischen Fall, den Verf. mitteilt, kommt er zu den Schlüssen:

1. Dass von den Frakturen des Astragalus die Varietät mit Dislozierung von Gelenkflächen betreffenden Knochenfragmenten die seltenere ist.

2. Die Ursache ist stets in einem indirekten Trauma zu suchen.

3. Der pathogenetische Mechanismus einiger Doppelfrakturen, die erfolgten, während der Fuss sich in Flexion befand, ist ein zweifacher: zunächst ist unter der Einwirkung einer ersten Druckgewalt die von dem Astragalus in toto verrichtete Hebelfunktion in Betracht zu ziehen; im 2. Zeitabschnitt treten während der Applikation einer neuen traumatisierenden Gewalt sowohl die schneidende Wirkung des Vorderrandes des Tibia-Fibulamörsers wie die Wirkung eines zweiten durch das in situ verbliebene vordere Astragalusfragment gebildeten Hebels ins Spiel.

4. Die Prognose ist bei den nicht operativ behandelten Fällen stets eine der ernstesten, sowohl in Bezug auf das Funktionsvermögen, wie in Bezug auf die Orthomorphie des Gliedes. Der operative Eingriff soll daher bald erfolgen und entschieden wirksam sein.

5. Die totale (in seltenen Fällen partielle) Astragalektomie wird die Behandlung der Wahl sein. **Buccheri**-Palermo.

90) **Irattin.** Sulla patogenesi del piede varo equino congenito. (Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. 1910. Nr. 28.)

Verf. meint, dass die Pathogenese dieser Deformitäten in den von Dareste geschilderten Umständen zu suchen sei, nämlich in Kompressionen seitens des Amnion oder des Nabelstranges. Die Exzessdeformitäten, die zuweilen mit einer Entwicklungshemmung einhergehen, weisen auf eine Art von Kompensation hin, gewissermassen als Beweis dafür, dass für die vollkommene Evolution des Fötus eine harmonische Entwicklung sämtlicher Teile des Embryos in ihren wechselseitigen Beziehungen notwendig ist.

Buccheri-Palermo.



Inhalt: Bücherbesprechungen: Oldevig, Ein neues Gerät und neue Uebungen der schwedischen Heilgymnastik zur Behandlung von Rückgrats-Verkrümmungen. — **Fürstenau,** Leitfaden der Röntgenphysik.

Referate: 1) **Lauxen,** Einwirkung des Phosphors auf Knochen- und Blutbildung. — 2) **Ugo Soli,** Influenza del timo sullo sviluppo scheletrico. 3) **Riedinger,** Folgen vom Verlust beider Hoden. — 4) **Morpurgo,** Questioni controverse della pathologia delle ossa. — 5) **Matsuoka,** Pagetsche Knochenkrankheit. — 6) **Hann,** Osteitis deformans. — 7) **Friedrich,** Knochensyphilis. — 8) **Bergmann,** Traumatische Entstehung der Fettembolie. — 9) **Schmid,** Fettembolie nach Frakturen. — 10) **Schanz,** Rachitische Deformitäten. — 11) **Reich,** Amputation im Kindesalter. — 12) **Gaetano,** Entfernung des Periosts. — 13) **Codivilla,** Pseudo-Arthrose. — 14) **Jaekel,** Pirquetsche Tuberkulinreaktion. — 15) **Vignard,** Injektionen im tuberkulösen Prozess. — 16) **Matsuoka,** Wismutvergiftung nach Injektion. — 17) **Brandenberg,** Polyarthritis chronica. — 18) **Niehans,** Isolierte Muskelathrophie. — 19) **Mayesima,** Polymyositis. — 20) **Ewald,** Myositis ossificans traumatica. — 21) **Krause** und **Meinicke,** Akute epidemische Kinderlähmung. — 22) **Bergmann,** Sehnenganglien. — 23) **Bonhoff,** Heine-Medinsche Krankheit. — 24) **Meinicke,** Akute epidemische Kinderlähmung. — 25) **Gowers,** Poliomyelitis — 26) **Kisack,** Juvenile Muskeldystrophie. — 27) **v. Kügelgen,** Progressive Muskelathrophie. — 28) **Strakosch,** Friedreich'sche Ataxie. — 29) **Kayser,** Postdiphtherische Lähmungen. — 30) **Verga,** Chirurgie der peripheren Nerven. — 31) **Eichhorn,** Nervennähte. — 32) **Stoffel,** Nerventransplantation. — 33) **Grunwald,** Schwere Lähmungen. — 34) **Herz,** Kontrakturstellung bei spastischen Lähmungen. — 35) **Tsuruya Okoda,** Händedesinfektion. — 36) **Gabbert** und **Milward,** Rückenmarksanästhesie. — 37) **Erggelet,** Lumbalanästhesie. — 38) **Schall,** Technische Neuheiten. — 39) **Pullmann,** Messinstrument für Extremitäten. — 40) **Joachimsthal,** Wirbel- und Rippenanomalien. — 41) **Barile,** Spina bifida. — 42) **Spriggs,** Congenital thoracis deformity. — 43) **Läwen,** Thoraxdeformität. — 44) **Benedetti-Umbria,** Spondilosis rizomelica. — 45) **Romano,** Spondilosis rizomelica. — 46) **Lange,** Redressement des Pott'schen Buckels. — 47) **Chlumsky,** Habituelle (Schul-) Skoliose. — 48) **Wittkop,** Luxation des Atlas. — 49) **van der Minne,** Halsskoliosen. — 50) **Caminiti,** Osteomyelitis. — 51) **Tarsia in Curia,** Fraktur der beiden Schlüsselbeine. — 52) **Grunert,** Luxatio claviculae praesternalis. — 53) **Berliner,** Luxatio claviculae supraacromialis. — 54) **Hintermayer,** Luxatio claviculae supraspinata. — 55) **Luft,** Luxatio humeri congenita. — 56) **van Assen,** Interkarpale Luxationsfraktur. — 57) **Haughton,** Schiefe Fraktur durch Tuberositas. — 58) **Williams** und **Martin,** Fraktur der Tuberositas. — 59) **Ball** und **Stokes,** Brachial-Plexuslähmung. — 60) **Lett,** Cyste des Humerus. — 61) **Vercelli,** Fraktur der Epitrochlea. — 62) **Reiner,** Resektion des Ellenbogengelenks. — **Nürnberg,** Schnittführung bei Resektion des Ellbogengelenks. — 64) **Padula,** Fraktur der Ulna. — 65) **Tyson,** Ossification des Brachialis anticus. — 66) **Petit,** Verletzungen durch Rückschlag der Kurbel bei Automobilfahrern. — 67) **Ebstein,** Brachydaktylie. 68) **Lockhart Mummery,** Kongenitaler Femurdefekt. — 69) **Müller,** Luxatio centralis femoris. — 70) **Brandes,** Hüftgelenksluxationen. — 71) **Weber,** Coxa valga. — 72) **Pürkhauer,** Coxa vara. — 73) **Bibergeil,** Osteoarthritis deformans. 74) **Palagi,** Coxa-femorale Resektion. — 75) **Berlucchi,** Femor varum. — 76) **Wheeler,** Fraktur des Femur. — 77) **Mesus,** Amputatio femoris nach Gritti. — 78) **Mannino,** Querfrakturen der Kniescheibe. — 79) **Baum,** Nachbehandlung der Patellarnaht. — 80) **Todaro,** Traumatische Verknöcherung der Kniescheibe. — 81) **Lauper,** Kniegelenkseröffnung. — 82) **Kroiss,** Verletzungen des Kniegelenks. 83) **Kenelm H. Digby,** Zwischenknorpel und Bänder des Kniegelenks. — 84) **Calcagni,** Chirurgische Tuberkulose des Knies. — 85) **Milne,** Doppelseitige Quadricepsruptur. — 86) **Mc. Nabb Deal,** Fraktur der Fibula und Tibia. — 87) **Meerwein,** Fraktur des äusseren Tibiakondyls. — 88) **Weichert,** Luxationen des Talokruralgelenkes. — 89) **Taddei,** Frakturen des Astragalus. — 90) **Irattia,** Sulla patogenesi del piede varo equino congenito.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. Dr. **O. Vulpius** in Heidelberg, Luisenstr. 1—3, oder an die Verlagsbuchhandlung **S. Karger** in Berlin NW 6, Karlstr. 15, einsenden.



Zentralblatt

für

Chirurgische und mechanische Orthopädie

einschliesslich der gesamten Heilgymnastik und Massage.

Redigiert von
Prof. Dr. O. Vulpius
in Heidelberg.

Verlag von
S. Karger in Berlin
NW., Karlstrasse 15.

Monatlich erscheint ein Heft im Umfang von 48 Seiten. Preis des Jahrgangs Mk. 15,—. Zu beziehen durch die Post und durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes.

Bd. IV. **November 1910.** **Heft 11.**

1) **Cramer** (Köln). Zwei Fälle von Mikromelie. (Arch. für Orthop., Mechanother. und Unfallchirurgie 1910. Bd. VIII. 3.)

Der mikromele Zwergwuchs ist von dem echten, dem hypoplastischen, dem rachitischen und kretinen Zwergwuchs zu unterscheiden. Die Störungen sind hier schon im foetalen Leben vorhanden. Es gibt zwei Formen, die Chondrodystrophia foetalis und die Osteogenesis imperfecta. Das Wesen der Chondrodystrophie besteht in einer Unfähigkeit der Knorpelzellen, Reihen zu bilden und somit zum Längenwachstum der Knochen beizutragen. Man findet Unregelmässigkeit der Ossifikationsgrenzen, Bildung von Markräumen, lebhafte periostale Knochenbildung und Bindegewebslamellen, die sich zwischen Knorpel und Knochen in die Epiphysenfugen einschieben und zu Verbiegungen und Verkürzungen Veranlassung geben. Die Osteogenesis imperfecta (Osteopsathyrosis, Osteoporosis congenita usw.) ist durch die häufigen intrauterinen und postfoetalen Knochenbrüche ausgezeichnet. Es handelt sich um eine mangelhafte Bildung von Knochen und annähernd normales Verhalten der vorbereitenden Prozesse am Knorpel (Verminderung der enchondralen und periostalen Knochenbildung, mangelnde Funktion der endostalen und periostalen Osteoblasten bei normaler Bildung derselben). Die Heilung erfolgt häufig im Alter von zwanzig Jahren.

Krankengeschichte und Röntgenbilder je eines Falles von Chondrodystrophie und Osteogenesis imperfecta.

Röntgenbefund im ersten Fall (13 jährig. Junge): unregelmässige Epiphysenlinien, Verknöcherungen, Diaphysen normal dick, an ihren



Enden aufgehellt. Epiphysen dick, aufgehellt, ohne oder mit ganz kleinem Knochenkern.

Beim II. 6 jährigen Jungen war auffallend die geringe Kortikaliszeichnung, geringe Dichtigkeit, keine Veränderungen an den Epiphysen. Spongiosazeichnung fehlt. Frakturen an Humerus, beiden Oberschenkeln und mehreren Rippen.

Therapie: bei Chondrodystrophie bis zum Ablauf des Knochenwachstums warten. Bei Osteopsathyrosis hat Cr. die Sehnen der Adduktoren und die Spinamuskeln durchschnitten und will die Femora durch Osteotomie gerade stellen und den Pat. nachher in leichten Hessingschienen laufen lassen.

Ewald-Hamburg.

2) **Stefano Mircoli.** Die menschliche Rachitis als Infektionskrankheit. (Münch. med. Woch. 1910. 21.)

M. hat aus Knochen von im 1. Stadium der Rachitis gestorbenen Kindern Mikroorganismen kultiviert und zwar Staphylococcus, Streptococcus, Kolibazillus.

Schluss: Rachitis ist Aeusserung einer Autoinfektion von der physiologischen Bakterienflora aus. Diese Infektion geht meistens vom Magendarmkanal aus.

Ewald-Hamburg.

3) **E. Merle** (Paris). La maladie osseuse de Paget. (Gazette des hôpitaux. 1910. 44 und 47.)

Die seltene Erkrankung, die sich meist an Tibia, Femur, Clavicula und Schädelknochen etabliert, scheint mit der Arteriosklerose in Zusammenhang zu stehen. Ganz allmählich werden unter Schmerzen die Extremitäten kürzer, der Kopf grösser, die Patienten nehmen eine Art Affenhaltung an. Die Knochen hypertrophieren und verbiegen sich, brechen auch spontan. Die Ostitis deformans ist ein progressives Leiden, das sich über viele Jahre fortsetzt. Von der Ostitis syphilitica ist die Pagetsche Krankheit schwer zu unterscheiden, nur das Röntgenbild ergibt neben Verdichtungen in der Substantia compacta Rarefikationen. Mit Osteomalazie, Rheumatismus hat das Leiden nichts zu tun. Intoxikation, Störung im Gefäss- oder Lymphdrüsensystem ist nicht bewiesen, nur wird häufig Arteriosklerose beobachtet. Erworbene oder kongenitale Syphilis wurde oft beschuldigt, ob mit Recht, ist nicht zu sagen. Die Behandlung kann den Prozess nicht beeinflussen.

Ewald-Hamburg.



4) **F. Scheidler.** Zur Periostitis albuminosa (Ollier). (Bruns Btrge. zur klin. Chir. 68. Bd. 2. H. p. 480.)

Die Periostitis albuminosa ist eine seltene, chronisch werdende Form der Osteomyelitis, charakterisiert durch eine vom Periost umschlossene Cyste mit seröser, fadenziehender Flüssigkeit mit hohem Eiweissgehalt. Bakteriologisch finden sich Strepto- oder Staphylokokken, doch kann der Cysteninhalt gelegentlich auch steril sein. Lokalisiert ist die Erkrankung meist an den langen Röhrenknochen, deren Epiphysen und indirekt in den Gelenken. Verfasser teilt 2 Fälle aus dem Luisenspital Dortmund mit. Einmal sass die Erkrankung am Oberschenkel und das zweite Mal am Oberarm mit Beteiligung des Schultergelenkes. Im 1. Fall wurde breit indiziert, drainiert und mit $H_2 O_2$ Jodzidtinktur gespült, im 2. Falle nur aspiriert und Jodof. glyzerin injiziert. In geeigneten Fällen ist die Exzision der Cyste anzustreben. **Balsch**-Heidelberg.

5) **W. Röpke.** Die solitären Cysten der langen Röhrenknochen. (Arch. f. klin. Chir. 92. Bd. 1. H. p. 126.)

Während die älteren Autoren übereinstimmend mit Virchow die Knochenzysten als Einschmelzungsprodukte früherer solider Tumoren (Enchondrosen-Sarkom) auffassten, machen sich neuerdings mehr die Ansichten geltend, die die Cysten auf entzündliche Vorgänge im Knochen zurückführen. Auch Verf. hält, gestützt auf seinen histologisch und bakteriologisch genau untersuchten Fall, die Knochenzysten für die Folge einer entzündlichen Knochenerkrankung, die irgend einer äusseren Ursache, vielleicht einer milden Infektion, ihre Entstehung verdankt. Verfasser konnte in seinem Falle nichts von Geschwulstelementen nachweisen, vereinzelte Riesenzellen deutet er als Osteoklasten; bakteriologisch liessen sich aus einem Stückchen der Umwandung der Cyste vereinzelte Staphylokokkenkolonien züchten. **Balsch**-Heidelberg.

6) **Kienböck.** Das Ellbogengelenk bei chondraler Dysplasie des Skeletts mit multiplen Exostosen. (Fortschr. aus d. Geb. d. Röntgenstrahlen. Band 15, Heft 2.)

In gewissen Fällen von chondraler Dysplasie des Skeletts mit multiplen Exostosen kommt die Luxation des Radiusköpfchens vor. Verf. beobachtete 2 Fälle. Im ersten kam es infolge Wachstumshemmung der Ulna zu Luxation des Radiusköpfchens und Verkrümmung des Schaftes. An der Ulna fehlte die distale Epiphyse und der angrenzende Teil der Diaphyse. Im zweiten Fall bestand



eine Verkürzung und Verkrümmung der Vorderarmknochen und Luxation des Radius. Hierher gehört ein Fall von Humphrey mit doppelseitiger Luxation des Radius, rechts mit Verdickung der Ulna und humero-ulnarer Synostose, links mit Verdickung der Ulna und Defekt ihres unteren Teils.

Die Supinationsbehinderung bei der Osteodysplasie kann ausser durch die Radiusluxation auch durch kartilaginäre Exostosen am oberen Ende der Radiusdiaphyse bedingt sein. Die lokale Verdickung des Knochens entsteht durch abnormes epiphysäres Wachstum. Hierfür 2 Beispiele. Einmal findet sich am oberen Radiusende an der Beugeseite eine stachelförmige Exostose, die sich in eine Vertiefung der Ulna einbohrt. Sonst nirgends Exostosen. Im 2. Fall besteht eine starke Verdickung des oberen Diaphysenendes des Radius. Derartige Wucherungen in der Ellbogengegend sind sehr selten, häufiger am proximalen Teil des Humerus und am distalen Teil der Vorderarmknochen. **Zander**-Heidelberg.

7) **Kienböck.** Ueber traumatische Epiphysenlösung und Wachstumshemmung. Differentialdiagnose gegen Einkeilungsfraktur. (Zentralblatt für Röntgenstrahlen, Radium und verwandte Gebiete. 1910. Heft 3, S. 81 ff.)

Kurze Besprechung der traumatischen Epiphysenlösung und ihrer Folgen, wobei die im allgemeinen seltenen Wachstumshemmungen nach derartigen Epiphysenlösungen hervorgehoben werden.

Im Anschluss daran ausführliche Mitteilung der Krankengeschichte etc. eines 14 jährigen Knaben, bei dem eine im 6. Lebensjahr erlittene traumatische Lösung der unteren Femurepiphyse starke Wachstumsstörungen (Verkürzung, genu valgum) hervorgerufen hatte. Es wurde zuerst, gerade unter Verwendung der Röntgenbilder, eine Infraktion des Femur, bezw. Einkeilung der Diaphyse in die Epiphyse angenommen. Erst die nähere Betrachtung der Bilder und die mit Rücksicht auf die doch eigentümliche starke Verkürzung vervollständigte Anamnese führte zur richtigen Diagnose.

Kurze Erwähnung eines ähnlichen Falles von Lieblein: Bei einer 70 jährigen Frau wurde auf Grund des Röntgenbildes eine Einkeilungsfraktur am oberen Tibiaende angenommen. Die Sektion ergab eine alte geheilte Querfraktur.

Woraus hervorgeht, dass bei der Stellung einer Diagnose nur nach dem Röntgenbilde bedeutende Irrtümer mit unterlaufen können und eine genaue palpatorische etc. Untersuchung auch heutigen Tages nicht entbehrt werden kann. **Natzler**-Heidelberg.



8) **W. R. Mac Ausland** (Boston). An experimental study of the epiphysis with special reference to the retardation and stimulation of growth. (Amer. journ. of orth. surg. 1910. Bd. VII, 4.)

Fall I. 13j. Junge, vor 3 Jahren schwere Quetschung an Aussenseite des Knies. Jetzt X-Bein und genu recurvatum. Trotz 2maliger Osteotomie und langer Apparatbehandlung immer Rezidiv. Die Epiphysenlinie ist in ihrer äusseren Hälfte zerstört, daher der Condylus ext. sehr im Wachstum zurückgeblieben.

II. Bei einem 5j. Kind wurde durch tuberkulöse Caries die äussere Hälfte der oberen Tibiaepiphysenlinie zerstört, die innere Hälfte wurde durch die Entzündung in der Nachbarschaft zum Wachstum angeregt. Resultat: X-Bein.

Fall III. Osteomyelitis in einer Tibiaepiphyse. Der Sequester blieb 3 Jahre lang in der Knochenlade liegen. Nachdem zunächst eine Verkürzung durch Wachstumsstörung eingetreten war, wurde das Bein später durch den Reiz, den der Sequester ausübte, wieder länger. Die Fälle regten zu folgenden Versuchen an Kaninchen an:

I. Aseptische Durchtrennung der medialen Hälfte der unteren Femurepiphysenlinie.
II. Aushöhlung an der Metaphyse des Femur dicht oberhalb der Epiphysenlinie. Einführung eines Kupferstückchens in die Höhle. Der Fremdkörper soll zum übermässigen Wachstum anregen.
III. Einführung von Staphylococcusvaccine in die Höhle, die zur Osteomyelitis führen soll.
IV. Durchtreibung eines Elfenbeinpflocks durch die Epiphysenlinie.
V. Epiphysenlösung und -reposition.
VI. Exstirpation der inneren Hälfte der Epiphysenlinie des Femur.

Die Resultate der Versuche, die pro Serie an 10—30 Kaninchen vorgenommen waren, stehen noch aus. **Ewald**-Hamburg.

9) **Nehrkorn.** Trepanation der langen Röhrenknochen bei Osteosklerose mit heftigen Schmerzen. (Archiv. f. klin. Chir. Bd. 92; Heft 3, S. 879.)

Bei einer Frau, die jahrelang an heftigen Schmerzen in den Extremitäten, zuerst im linken Oberschenkel, litt, wurde durch das Röntgenbild eine periostale Hyperostose am Trochanter major festgestellt und durch wiederholte Abtragung der Corticalis eine geringe Erleichterung erzielt. Die Schmerzen traten dann multipel auf. Verf. verfuhr nun in der Weise, dass er an den befallenen Röhrenknochen die Corticalis in fast ganzer Länge abtrug und das Mark



auskratzte. Der Erfolg war glänzend. Die Knochen zeigten starke Volumszunahme und Elfenbeinhärte der Corticalis mit Einengung der Markhöhle. Die Knochen, die am radikalsten aufgemeisselt wurden, waren im vollsten Masse von den Schmerzen befreit.

Knochenschmerzen treten bei schweren Erkrankungen der blutbildenden Organe auf. Eine Blutkrankheit bestand hier nicht, auch keine nennenswerte Anämie, sodass dieser Fall auch nicht zu jenen zählt, die Assmann 1907 als osteosklerotische Anämie beschrieb. Ausser bei letzterer kommt multiple Osteosklerose selten vor.

Zander-Heidelberg.

10) **Codivilla.** Ueber die Behandlung der Pseudarthrosen und der ausgedehnten diaphysären Kontinuitätstrennungen. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 92, Heft 2.)

In 16 von 27 Fällen von Pseudarthrosen hat Verf. die Osteoplastik angewendet und berichtet im einzelnen darüber. Folgende Schlussfolgerungen können gezogen werden: Meist genügt zur Beschleunigung des Ossifikationsprozesses die Hyperämie nach Dumreicher, oder die Reibung der Fragmente, oder die Blutinjektion. Bei ungünstigen Verhältnissen jedoch müssen ausgedehnte Berührungsflächen der Knochen geschaffen werden. Als Fixationsmittel eignet sich die metallische Naht, im Notfall in Verbindung mit einem Periostknochenlappen. In den Fällen von verminderter osteoplastischer Fähigkeit des Knochens erreicht man die Verstärkung derselben durch die gestielte, oder, wo nicht möglich, durch die freie Osteoplastik mit reichlichem Periostüberzug. Besonderen Wert legt Cod. darauf, dass die normale Spannung der Weichteile, namentlich der Muskeln, wiederhergestellt und für die mechanische Stabilität der Extremität gesorgt wird. In den Fällen, wo man zwar die Knochenenden in Kontakt bringen, aber nicht die nötige Spannung der Weichteile erreichen kann, ist ebenfalls die osteoplastische Methode angezeigt, schon mit Rücksicht auf die sonst resultierende Verkürzung. Die Knochenspange muss, da sie eine grosse osteogenetische Kraft besitzen soll, aus gesundem Knochen entnommen werden und, besonders bei den angeborenen Pseudarthrosen, mit ausgedehntem Periostlappen versehen sein. **Zander**-Heidelberg.

11) **Prescott le Breton** (Buffalo). Some experimental work with materials for plugging sinuses and bone cavities (Americ. jurn. of orth. surg. 1910. Bd. VII. 4.)

In der Plombierungsfrage von Abszessen und Knochenhöhlen stehen sich 2 Theorien gegenüber; die eine behauptet, die Masse wirkt



kraft ihrer Zusätze (Jodoform, Wismut) spezifisch auf Infektion und Granulation, die andere sagt, die Injektionsmasse wirkt rein mechanisch. Verf. kann diese Frage nicht entscheiden, hat aber die verschiedensten Zusammensetzungen (Mosetig's Plombe, Beck's Wismutplombe, Wachs-Vaselin, Wachs-Oel, Wachs-Cacaobutter, Gelatine) Kaninchen subcutan eingespritzt und die Resorptionszeit notiert. Die Pulver (Jodoform, Wismut) werden viel langsamer resorbiert als das Suspensionsmittel, die Resorption der Wachsmischungen richtet sich nach der Menge des Wachses. Gelatine wird schon in einigen Tagen resorbiert und verursachte einmal Tod an Tetanus. Ewald-Hamburg.

12) **E. G. Beck** (Chicago). Zur Verhütung der Wismutvergiftung. (Zentralbl. f. Chir. 1910. 17.)

In mehreren 100 Fällen der Wismutanwendung hat B. zwar öfter beginnende Vergiftungserscheinungen, aber nie einen Todesfall erlebt. Die Vorsichtsmassregeln sind folgende: Injektion von kleinen Mengen, bei livider Verfärbung der Haut (meist in der 3. Woche!) oder blauer Ulceration (nicht Verfärbung) des Zahnfleisches Ausspülung der Paste mit warmem Olivenöl (wird injiziert und nach 12—24 Stunden aspiriert). Frische Abszesshöhlen sollen überhaupt nicht mit Wismutpaste behandelt werden. Alte Höhlen- und Fistelwände resorbieren nur sehr langsam. Ewald-Hamburg.

13) **Nélaton** (Paris). Greffes musculaires employées à combler des cavitès osseuses créées par l'évidement chirurgical. (Revue d'orth. 1910. 3.)

Zwei Fälle von Knochenladen nach Osteomyelitis. Im ersten Fall wurde die Höhle im Schlüsselbein durch einen hinübergeschlagenen Lappen aus dem Pectoralis major ausgefüllt, im zweiten ein gestielter Hautmuskellappen aus der Wade des gesunden Beins in eine granulierende Knochenlade des Schienbeins überpflanzt. Beide Beine wurden durch Gipsverband fixiert, der Stiel nach 14 Tagen durchtrennt. In beiden Fällen gutes kosmetisches Resultat.

Ewald-Hamburg.

14) **Boulay** (Charleville). L'anesthésie locale par la cocaine dans la réduction des luxations et des fractures. (Lokalanästhesie mit Cocain bei der Reposition von Luxationen und Frakturen). (La médicine des accidents au travail VIII. Bd. S. 97.)

B. empfiehlt, um die Gefahren der Allgemeinnarkose zu vermeiden, nach Quénu's Methode eine am besten $^1/_2$% Lösung von



Cocain in das luxierte Gelenk oder an der Frakturstelle einzuspritzen. Es genügen 3 Centigramm im allgemeinen, um Schmerzlosigkeit und ein Nachlassen der Muskelkontrakturen zu erzielen. Nötig ist nur, bei der Einspritzung die grossen Nerven und Gefässe zu vermeiden, sowie die Injektion in horizontaler Lage des Patienten vorzunehmen und ihn auch danach noch längere Zeit liegen zu lassen, um Collapszustände zu vermeiden.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

15) **Sulli.** Le tubercolosi chirurgiche in rapporto agli infortuni e alle malattie professionali.
L'Ospedale di Palermo 1909. fasc. 3.

Verf. bespricht kurz die Ansichten der verschiedenen Autoren und berichtet dann über den Fall eines Arbeiters, bei dem nach einem Trauma ohne Kontinuitätstrennung Tuberkulose an der Hand auftrat, die ihn arbeitsunfähig machte. Verf. kommt zu dem Schluss, dass in derartigen Fällen dem Verunglückten nicht aus dem Grund, dass die Natur des Leidens eine spezifische ist, ein Anspruch auf Unfallentschädigung abgesprochen werden darf.

Buccheri-Palermo.

16) **Courtault** et **Pilet** (Paris). Traitement hatif des suites d'accidents par la mécanothérapie et les agents physiques. Necessité et avantages. (Die frühzeitige medikomechanische Behandlung der Unfallfolgen.) (La médecine des accidents du travail. Bd. VIII, Nr. 1. S. 1.)

Die Verf. stellen nach einer Statistik von 1000 Fällen fest, dass eine frühzeitige Behandlung der Unfallfolgen sehr vorteilhaft sei, da sie eine viel grössere Zahl Heilungen ergebe und kürzere Zeit dauere, als wenn die Verletzten später zur Behandlung kommen. Für deutsche Verhältnisse hat sich diese Anschauung ja wohl schon einigermassen Bahn gebrochen, wenigstens wird von einer Reihe von Berufsgenossenschaften bereits nach diesem Grundsatz verfahren.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

17) **Wollenberg** (Berlin). Aetiologie der Arthritis deformans. (Zeitschr. für orthop. Chirurgie XXIV. Bd. 3.—4. Heft S. 359.)

Verf. unterscheidet 1. Reaktive sekundäre Arthritis deformans als Folgeerscheinung von Traumen, entzündlichen Gelenkprozessen, Tumoren, als Altersvorgang etc. und 2. primäre Arthritis deformans. Mikroskopische Untersuchungen haben W. gezeigt, dass bei den verschiedenen Formen sklerotische Veränderungen der Gefässe vor-



handen waren. W. glaubt deshalb, dass sowohl der sekundären wie der primären Arthritis deformans Gefässveränderungen zu Grunde liegen. Bei der sekundären Form sind diese Gefässerkrankungen durch das vorangehende Leiden (Entzündung, Trauma etc.) bedingt, bei der primären Form handelt es sich um eine lokale Arteriosklerose. Wodurch diese Gefässveränderung zustande kommt, weiss W. allerdings nicht anzugeben. Die durch die Gefässerkrankung bedingte lokale Anämie oder Hyperämie soll je nachdem die regressiven oder proliferierenden Erscheinungen hervorrufen. Der von Preiser als ätiologischer Faktor angeführten Gelenkflächeninkongruenz spricht W. nur die Rolle eines auslösenden Moments infolge des Traumas der deformen Gelenkenden zu.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

18) **Conet.** Hémophilie articulaire (Ueber Gelenkerkrankungen bei Hämophilen). (La médecine des accidents du travail. Bd. VIII, S. 75.)

Verf. unterscheidet Gelenkerkrankungen bei Blutern, die ohne besondere äussere Einwirkung (höchstens nach einer stärkeren Anstrengung, längerem Gehen etc.) auftreten, und solche, die ihre Entstehung einem stärkeren Trauma verdanken. Die spontan auftretenden Arthritiden sind die für Hämophilie typischen. Sie befallen der Häufigkeit nach den Ellenbogen, Fussgelenk, Knie etc., bei jedem Individuum aber ihr spezielles Gelenk. C. teilt die verschiedenen Formen des Hämarthros ein 1. in leichte, 2. in gutartige nicht schmerzhafte, 3. in schwere schmerzhafte Fälle und 4. in die chronische rezidivierende Form. Die erste Art zeigt nur leichte Schwellung des Gelenks, die zweite stärkeren Erguss mit Bewegungsstörung, für die dritte Form ist der intensive Schmerz und die Muskelatrophie charakteristisch. Diese Formen können ineinander übergehen und zu der vierten, der chronischen Form führen, die häufig ihren Ausgang in Ankylose nimmt. Eine besondere Stellung gebührt dabei der Erkrankung des Hüftgelenks, die zu einer Bewegungsbeschränkung dieses Gelenks und zu einer Parese des Cruralis infolge Kompression durch den Bluterguss führt. Blutung in die Metatarsalgelenke werden leicht als Plattfussbeschwerden gedeutet. Blutungen in den Psoas führen auch zu einer Parese des Cruralis.

Die Gelenkblutungen durch ein Trauma entsprechen denen bei gesunden Individuen, nur tritt der Hämarthros sehr rasch und in sehr starkem Masse, mit grosser Schmerzhaftigkeit auf. Die Ab-



magerung der Muskulatur und die Versteifung des Gelenks ist erheblich schwerer, der Ausgang in Ankylose nicht selten.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

19) **Lejars** u. **Rubens-Duval.** Les sarcomes primitives des synoviales articulaires. (Die primären Sarkome der Gelenksynovialis.) (Revue de chirurgie 49. Bd. S. 751.)

Primär ist das Vorkommen von Sarkomen in der Gelenkkapsel sehr selten, es handelt sich dabei meist um Spindel- oder Riesenzellensarkome, in dem hier berichteten Falle um ein Endotheliom. Die Tumoren kommen an Knie- und Sprunggelenk als gestielte Knoten oder als deutlich abgegrenzte Geschwülste der Synovialis und als diffuse Sarkomatose der Gelenkshaut vor. Die letzte Form, welcher auch der Fall des Verf. angehört, entwickelt sich sehr langsam und schmerzlos, die Beweglichkeit des Gelenks ist dabei erhalten. Der Allgemeinzustand bleibt lange Zeit unbeeinflusst, doch tritt allermeist später eine Weiterverbreitung der Erkrankung sowie Rezidive und Metastasen ein. Die knöchernen Bestandteile des Gelenks bleiben intakt mit Ausnahme sehr vorgeschrittener Fälle im Gegensatz zur Tuberkulose des Gelenks, der das Krankheitsbild sonst am meisten ähnelt. Dies Verhalten der Knochen ist auch im Röntgenbilde nachzuweisen. Bei den zirkumskripten Formen kommt man in der Regel mit einer Exstirpation des Tumors aus, bei den diffusen Formen führt die Exstirpation der Synovialis selten zur Heilung, in den meisten der berichteten Fälle wurde früher oder später die Amputation notwendig.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

20) **Le Chevrier.** Traitement du rhumatisme blennorragique. (Gazette des hôpitaux 1910. 56.)

Ch. behandelt die akute und chronische gonorrhoische Gelenkentzündung mit intra- oder periartikulären Injektionen des unlöslichen Radiumsulfats. (Eine Injektion von $^2/_{100}$—$^7/_{100}$ eines Milligramms.) Beim Hydrarthros wird der Erguss abgelassen und intraartikulär injiziert, bei der phlegmonösen Form periartikulär (an 6—8 Stellen). Der Erfolg ist, dass innerhalb weniger Stunden der Schmerz verschwindet und die Beweglichkeit wiederkehrt. Die Schwellungen verschwinden langsam in den nächsten 14 Tagen, bei chronischem Hydrarthros erst nach Wochen. In jedem Fall konnte aber eine Versteifung vermieden werden und die Glieder wurden in kurzer Zeit wieder funktionsfähig. — 4 Krankengeschichten. Dieses Verfahren



der Radiumanwendung zieht Ch. jedem anderen (äusseren) vor, und hält es überhaupt bei der Behandlung der gonorrhoischen Arthritis für die Methode der Wahl. **Ewald**-Hamburg.

21) **E. Melchior** (Breslau). Ueber tuberkulösen Gelenkrheumatismus. (Berlin. klin. Woch. 1910. 11.)

Es gibt manchmal Fälle von Gelenkrheumatismus, die mehr subakut verlaufen, sehr lange dauern, auf Salizyl nicht reagieren, mit Versteifungen ausheilen, öfter in einen tuberkulösen Fungus übergehen. Die Patienten leiden bereits an einer manifesten Tuberkulose oder sind dringend verdächtig. Fall eines 19 jährigen Mädchens von tuberkulöser Mutter stammend, hat Lymphdrüsentuberkulose durchgemacht und wurde vor kurzem wegen Caries mandibulae operiert. Einige Tage danach Fieber, Schwellung und Schmerzen im linken Fussgelenk, später auch im linken Ellenbogen und Knie; Schmerz und Fieber dauernd gering. Unter Ausschluss von Gonorrhoe, Lues und akutem Rheumatismus erkennt M. den tuberkulösen Gelenkrheumatismus (Poncet) an, zumal im Blut Tuberkelbazillen nachgewiesen werden konnten. Es scheint, als ob dieser Rheumatismus nichts anders ist, als eine Art von Miliartuberkulose. (Dies wäre allerdings ein prinzipieller Unterschied von der Poncetschen Auffassung. Ref.) **Ewald**-Hamburg.

22) **Lucas-Championnière** (Paris). Influence du raccourcissement du squelette sur les muscles. (Der Einfluss von Verkürzungen des Skeletts auf die Muskulatur). (La médecine des accidents du travail. Bd. VIII, Nr. 2, S. 44.)

L.-Ch. hat die Erfahrung gemacht, dass das Aneinanderrücken der Muskelansätze infolge der Verkürzung von Skeletteilen keineswegs die Muskulatur schädigt, sondern im Gegenteil günstigere Funktionsbedingungen schafft. Mehrere Fälle von Gelenkresektion und dadurch bedingter Skelettverkürzung ergaben gute Funktion der Muskeln. Wichtig ist dabei eine glatte Heilung, da eine eventuelle Eiterung auf die Muskulatur verderblich wirkt. Verf. empfiehlt deshalb sehr das von ihm angegebene Verfahren der Klumpfussbehandlung bestehend in einer Entfernung des grössten Teils der Fusswurzelknochen. Ebenso rät er mit Resektionen nicht zu zurückhaltend zu sein. Eine mässige Verkürzung nach Heilung einer Fraktur hält L.-Ch. für kein Unglück, sofern nur Winkelstellung der Fragmente dabei vermieden wird. Im Gegenteil soll sich die Muskulatur dabei auffallend rasch erholen.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

23) **E. Rehn** (Königsberg). Die homoplastische Sehnentransplantation im Tierexperiment. (Bruns Btrge. z. klin. Chir. 68. Bd. 2. H. p. 417.)

Nach genauer Definition des Begriffes der homoplastischen Transplantation-Ueberpflanzung von Material von einem anderen Individuum der gleichen Gattung, — im Gegensatz zu Autoplastik-Material von einer anderen Körperstelle desselben Individuums — und Heteroplastik — Material von einem anderen Individuum, — gibt Verf. eine genaue Schilderung seiner interessanten Versuche, über die er schon auf dem 38. Chirurgenkongress kurz berichtet hat.

Die ersten Versuche stellte Verf. mit teilweisem Ersatz von Sehnenstücken an, indem bei 2 Kaninchen der von den Gastrocnemii gebildete Teil der Achillessehne exstirpiert und jeweils dem anderen Kaninchen implantiert wurde, während der vom Soleus gebildete Teil der Sehne erhalten blieb. Diese Sehnenstücke heilten lebensfähig ein und zwar erwies sich: die Beteiligung des Peritenonium extern. und intern. für die feineren anatomischen Vorgänge als besonders wichtig. — Um auch den völligen Defekt einer Sehne durch homoplastische Transplantation zu decken, verfuhr Verf. in ähnlicher Weise wie bei den Kaninchen bei Hunden, nur wurde die ganze Achillessehne exstirpiert und in den Defekt beim zweiten Tier eingenäht. Diese Versuche ergaben ebenfalls eine vollkommene Einheilung, wobei für den Erfolg gute Spannung und frühzeitige funktionelle Inanspruchnahme von ausschlaggebender Bedeutung waren. Auch hier zeigte sich die wichtige Rolle des Peritenoniums für den Einheilungsprozess. Das Peritenonium umgibt die transplantierte Sehne mit einem Mantel neugebildeten Gewebes mit zahlreichen Kapillaren und sorgt somit für die Ernährung an der Vereinigungsstelle. Von alter und neuer Sehne bildet das Peritenonium den Sehnenkallus. Nach Jahresfrist fand Verf. die Regenerationsvorgänge beendet, es war eine einheitliche Sehne gebildet.

Balsch-Heidelberg.

24) **Römer** und **Joseph** (Marburg). Zur Natur und Verbreitungsweise des Poliomyelitisvirus. (Münch. med. Woch. 1910. 20.)

Zunächst konnten die Autoren nachweisen, dass auch 5 Monate hindurch erfolgte Konservierung des Virus in Glyzerin die Virulenz nicht vermindert.

Häufig wurden nach der Infektion — aber erst beim Auftreten der Lähmung — Durchfälle beobachtet. Bei einer Sektion eines



an Poliomyelitis gestorbenen Affen wurden die Mesenterialdrüsen stark geschwollen gefunden. Dass diese Drüsen das Virus enthielten, ergab der positive Ausfall eines Injektionsversuches. Demnach kann der Darm nicht nur Eintrittspforte, sondern vor allem Ausscheidungsort des Virus sein.

Ewald-Hamburg.

25) **Römer** und **Joseph** (Marburg). Beiträge zur Prophylaxe der epidemischen Kinderlähmung. (Münch. med. Woch. 1910. 18.)

Als Verbreiter der Kinderlähmung scheint nur der Mensch in Betracht zu kommen. (Nasenschleimhaut ist vermutlich Ort des Eintritts und der Ausscheidung des Virus.) Für die grosse Widerstandsfähigkeit spricht ein geglückter Versuch, einen Affen mit einem im Vakuum getrockneten Rückenmark, das 4 Wochen lang im Trockenzustand geblieben war, zu infizieren. Versuche mit der üblichen Formalindesinfektion ergaben die sichere Vernichtung des Poliomyelitisvirus. Wichtiger erscheint aber die Desinfektion der Mund- und Rachenschleimhaut, wofür Levaditi und Landsteiner Mentholpräparate empfohlen haben.

Da aber das einmalige Ueberstehen der Krankheit immun macht, so könnte man durch ein Schutzimpfverfahren einer Pandemie ev. entgegenarbeiten. Tatsächlich beweisen Versuche, dass im Serum des poliomyelitischen Individuums Antikörper gebildet werden, und dass mit diesem Serum vorbehandelte Tiere nicht infiziert werden können.

Ewald-Hamburg.

26) **F. Heubach** (Graudenz). Mein kombinierter, chirurgisch-orthopädischer Operations- und Extensionstisch. (Arch. für Orth., Mechanother. und Unfallchir. 1910. Bd. VIII. 3.)

Um Raum zu sparen und das Instrumentarium zu vereinfachen, hat H. von der Firma Kahnemann (Berlin) für sämtliche chirurgischen und orthopädischen Massnahmen einen Tisch konstruiert, der eine Verbindung des Hahnschen Operationstisches, des Schedeschen Extensionstisches, des Nebelschen Apparates und des Hoffa-Wullsteinschen Suspensions-Extensionsrahmen ist. Durch anzuschraubende Ansatzstücke, resp. Stellungsveränderungen einzelner Teile des Tisches kann derselbe schnell für jede Verrichtung brauchbar gemacht werden.

Ewald-Hamburg.



27) **Gutzeit** (Neidenburg, Ostpreussen). Ein einfacher, billiger, leicht zu improvisierender Apparat zur Anlegung von Gipsverbänden an den unteren Gliedmassen ohne Assistenz. (Münch. med. Woch. 1910. 22.)

Auf dem Lande kann die moderne Extensionsbehandlung oft nicht durchgeführt werden, weshalb der Gipsverband nach genauer Reposition der Fragmente den Vorzug verdient. G. legt diesen an, indem er das Bein mittelst einer Fusschlinge und einer über Rollen laufenden Schnur durch Gewichte extendiert. Die Fusschlinge, die über Ferse und Rist angreift, wird beim Festwerden des Gipsverbandes entfernt.

Ewald-Hamburg.

28) **Konrad Port** (Nürnberg). Versuch der Ausarbeitung eines Verbandsystems auf Grundlage des Hessing'schen Leimverbandes. (Arch. f. Orth., Mechanother. und Unfallchirurgie 1910. Bd. VIII, 3.)

P. will als Fixationsmittel für viele Fälle den Gipsverband durch den Leimverband ersetzt wissen und lobt dessen Billigkeit, Leichtigkeit und die relativ einfache Technik, die genau beschrieben wird. Bei Oedemen am Fuss, Unterschenkelgeschwüren, Phlebitis, rheumatischen Sehnenscheidenerkrankungen, zu Gehverbänden in der Nachbehandlung von Frakturen, bei Gelenkdistorsionen, Frakturen der kleinen Hand- und Fussknochen hat der Leimverband mit Erfolg Anwendung gefunden. Die Beschwerden der Insuffizientia pedis, des Knickfusses kann er beseitigen, entzündete Gelenke (Tbc.) ruhig stellen. Mit Aluminium oder Bandeisen verstärkt, kann er für Lagerungsapparate, Korsetts und Schienenhülsenapparate verwendet werden. P. berichtet über seine Fälle, in denen er die Methode angewandt hat. Nach Beschaffung des billigen Instrumentariums und einiger Einübung und bei einer gewissen Geschicklichkeit soll jeder Arzt die Methode beherrschen können.

Ewald-Hamburg.

29) **Wolff** (Danzig). Ueber die Technik des Stoffkorsetts. (Arch. f. Orth., Mechanoth. und Unfallchir. 1910. Bd. VIII, 3.)

W. hält das Hessingkorsett für ein brauchbares Unterstützungsmittel für die Behandlung der Skoliose. Er glaubt, dass es — in Suspension angelegt — dauernd den aufgerichteten Körper in Spannung festhält und sein Wiedereinsinken verhindert, und zwar wird seiner Ansicht nach der Rumpf zwischen Beckenbügel und Achselkrücke gespannt. So hält er es für möglich, seitliche Deviationen der Wirbel-



säule zu korrigieren, ja zu heilen. Bei schweren Skoliosen muss der Rippenbuckel erst durch Gymnastik und redressierende Gipsverbände (Wullstein) mobil gemacht werden. Hier kommen zu dem Stützkorsett elastische Gurte, die auf der Innenseite des Korsetts in mittlerer Spannung eingearbeitet werden und die Torsion korrigierend und redressierend beeinflussen. **Ewald**-Hamburg.

30) **S. Kofmann** (Odessa). Die Kettenverbindung als Kugelgelenk. (Arch. f. Orth., Mechanother. und Unfallchir. 1910. Bd. VIII, 3.)

Bei einer Humeruspseudarthrose verband K. die Schulterkappe mit der Oberarmhülse in der Weise, dass er zwei Drahthalbringe, die an den beiden Teilen befestigt waren, miteinander verkettete. Diese einfache Verbindung erlaubte alle Bewegungen und könnte auch beim Hüftgelenk Anwendung finden. **Ewald**-Hamburg.

31) **Adolf Schnée** (Berlin). Vorläufige Mitteilungen über allgemeine Vibration des Körpers mittels eines Vibrationsstuhles. (Zeitschr. f. physikal. und diätetische Therapie 1910. 1.)

Lokal angewandte Vibrationsmassage bewirkt Muskelkontraktion, ferner aber Steigerung resp. Herabsetzung des Erregungszustandes — je nach der Intensität des Reizes. Der Vibrationsstuhl (von der Elektrizitätsgesellschaft „Sanitas", Berlin) erlaubt eine genaue Dosierung. Er wurde bisher bei 33 Personen angewandt. Neben den Wirkungen auf das Zirkulationssystem (meist Pulsverlangsamung, Blutdrucksteigerung), konnte bei 7 Neurasthenikern die Schlaflosigkeit beseitigt werden, in einigen Fällen auch Ohrensausen und Schwindelanfälle, ferner die beschleunigte Herzaktion, in vier Fällen eine nervöse Dyspepsie. Auch Migräne resp. Hemikranie ist gebessert resp. geheilt worden. **Ewald**-Hamburg.

32) **P. Kayser.** Zur Frage der kongenitalen Skoliose. (Bruns Beitr. z. klin. Chir. 68. Bd. 2. H. p. 463.)

Aus dem Hamburg-Eppendorfer Krankenhaus beschreibt Verf. einen Fall von kongenitaler Skoliose der Halswirbelsäule, die durch Halsrippe, Spaltung des 7. Hals-, 1. und 2. Brustwirbels und durch Keilwirbelbildung bedingt war, also zweifellos durch ein vitium primae formationis. In Erscheinung war die Skoliose aber erst im 9. Jahr getreten. Der Fall stellt ein typisches Bild der von Garré 1902 auf dem Orthopädenkongress eingehend geschilderten „Cervikodorsalskoliose" dar. **Balsch**-Heidelberg.



33) **A. Mouchet u. I. Rouget** (Paris). La scoliose congénitale (Gazette des hôpitaux 1910. 52.)

M. hat 6 Fälle von kongenitaler Skoliose genauer beobachtet und mittels Röntgenbildern die genaue Ursache festgestellt. Von allen Theorien ist nur die der fehlerhaften Wirbelentwicklung aufrecht zu erhalten. Geschichte, pathologische Anatomie, Entwicklung und Behandlung (Korsett, Gipsverband) werden genau beschrieben. — Literatur.

Ewald-Hamburg.

34) **Ralph R. R. Fitch** (Rochester). Congenital absence of vertebrae below the first sacral, and malformation of the lower cervical and upper dorsal vertebrae. (Amer. journ. of orth surg. 1910. Bd. VII. 4.)

6 jähriger Junge, fällt leicht hin, Incontinentia urinae. Seitlicher Anblick etwa wie bei der Spondylolisthesis. Das Röntgenbild zeigt die völlige Abwesenheit des Kreuzbeins (mit Ausnahme des ersten Sacralwirbels) und des Steissbeins. Die drei unteren Cervical- und vier oberen Dorsalwirbel sind in zwei keilförmige Stücke geteilt. Der VII. Halswirbel hat rechts eine Halsrippe.

Ewald-Hamburg.

35) **D. La Ferte** (Detroit, Michigan). Spina bifida: its relation to orthopedic surgery. (Amer. journ. of orthopedic surg. 1910. Bd. VII. 4.)

Verf. rät immer zur Herausnahme des Sacks unter Schonung der Nervenfasern, wenn kein Geschwür am Tumor vorhanden ist. In zwei derartigen Fällen starben die Kinder an Meningitis. Sonst ist aber die Operation leicht und ungefährlich. Die Deckung des Defekts ist immer leicht und geschieht mit der Muskulatur, Fascie und Haut. Vorhandene Lähmungen der Beine usw. sind keine Kontraindikation (Bayer), sondern im Gegenteil Indikation (Nicoll) zur Operation: manchmal verschwinden die Lähmungen.

In einem Fall war dies auch der Fall. In den beiden anderen (Inkontinenz von Blase und Mastdarm, Klumpfüsse, Spasmen an den unteren Extremitäten), erhielt Verf. nicht die Erlaubnis zur Operation der Spina bifida, sondern musste sich mit dem Klumpfussredressement und Tenotomien der Kniebeuge begnügen, worauf ein leidliches funktionelles Resultat eintrat.

Ewald-Hamburg.

36) **Denucé** (Bordeaux). L'insuffisance vertebrale. (Revue d'orth. 1910. 2.)

D. berichtet in extenso über das Krankheitsbild »insufficientia vertebrae«, wie es Schanz in mehreren Vorträgen und Publikationen



aufgestellt hat. Nach seinen (D.'s) Beobachtungen ist die Krankheit häufig, entgeht aber oft dem untersuchenden Arzt, weil die Beschwerden nur unbestimmter Natur sind (Leibschmerzen, Appetitlosigkeit, Obstipation) und Schmerzen in der Wirbelsäule nur durch Druck resp. Beklopfen der Dornfortsätze hervorgerufen werden können. Viele Krankengeschichten sollen beweisen, dass man berechtigt ist, die Allgemeinbeschwerden und die Druckschmerzen der Wirbelsäule mit dem Entstehen einer Skoliose in kausale Beziehung zu setzen. Unter wörtlicher Anführung der Schanz'schen Deduktionen unterscheidet D. drei Kategorien von Insufficientia vertebrae. 1) nach Infektion, 2) nach Traumen, 3) in Verbindung mit einer Formänderung der Wirbelsäule. — Für jede Kategorie werden einige Fälle angeführt und die Differentialdiagnosen besprochen (Spondylitis, Kümmell'sche Krankheit, Hysterie.)

D. hat seit 2 Jahren alle Skoliosen auf die Symptome der Insufficientia vertebralis untersucht und letztere in einem Fünftel der Fälle gefunden (250 Patienten). Bei den kongenitalen und rein statischen Skoliosen sind sie in keinem Stadium der Entwicklung zu finden. Die rhachitischen und osteomalazischen Skoliosen übergeht D. und wendet sich zu der habituellen (essentiellen) Skoliose, die nach seiner Ansicht durch Ueberlastung entsteht und am häufigsten die Zeichen der Insuffizienz der Wirbelsäule aufweist. Sie scheint jedoch unter dem Einfluss einer Infektion, eines Traumas oder allzuvieler gymnastischer Uebungen zustande zu kommen.

Behandlung: Bettruhe, Extension, Korsett, Thermophore, keine Gymnastik, wenn möglich Aufenthalt am Meer.

Ewald-Hamburg.

37) **Th. Wohrizek** (Prag). Ein Korsett zur Korrektur der Lordose bei lordotischer Albuminurie. (Med. Klin. 1910, 18.)

Um bei der Albuminurie die ursächliche Lordose zu beseitigen, fertigt W. ein Hessingkorsett an, dessen Armkrücken besonders hochgestellt werden, um die Lendenwirbelsäule zu redressieren und entlasten, was durch eine Steilstellung noch besser erreicht werden kann. Ein paar stark federnde Rückenspangen sorgen gleichfalls für die Vornüberbeugung des Oberkörpers. Ist der Apparat angelegt, so sistiert sofort die Eiweissausscheidung, wird er weggelassen, so erscheint wieder Eiweiss im Urin. Ewald-Hamburg.

38) **Kurt Vorpahl** (Stettin). Ueber einseitige orthostatische Albuminurie. (Berl. klin. Woch. 1910. 18.)

12 jähriges Mädchen mit geringer Lordose, aber erheblicher rechts dorsaler, links lumbaler Skoliose. Albuminurie, die im Liegen ver-



schwindet, im Sitzen (wo die Lordose völlig ausgeglichen ist) aber wieder auftritt. Ureteren-Katheterismus ergab völliges Freisein von Eiweiss bei der linken Niere. Der Urin der rechten Niere ergab Eiweiss. V. erklärt mit Jehle die Albuminurie als mechanisch infolge Zerrung und daher Stauung in den Nierengefässen entstanden.

Ewald-Hamburg.

39) **Forestier** (Aix les Bains). Rhumatisme vertébral et spondylites comment les reconnaître et comment les traiter. (Ueber die Diagnose und Therapie der rheumatischen und andersartigen Spondylitiden). (Annales de chirurgie et d'orthopédie XXIII. Bd. S. 38.)

F. schildert die rheumatische, gonorrhoische und typhöse Wirbelsäulenerkrankung und ihre Differentialdiagnose gegenüber der tuberkulösen Spondylitis. Therapeutisch wendet F. bei rheumatischer Erkrankung die heissen Bäder von Aix les Bains in Verbindung mit Massage an, bei gonorrhoischer und typhöser Entzündung lediglich Bäder und ähnliche Massnahmen.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

40) **Pförringer.** Kasuistischer Beitrag zur Röntgendiagnostik der Wirbeltumoren. (Fortschritte auf d. Gebiete d. Röntgenstrahlen. Bd. XV, Heft 1.)

Verf. berichtet über 3 Fälle von Wirbeltumoren, wo die durch das Röntgenbild gestellte Diagnose später durch die Sektion bestätigt wurde. Es sind 2 metastatische Karzinome nach Mammakarzinom und ein primäres Sarkom. Fall 1 betrifft eine 40jährige Frau, die 3 Jahre nach der Operation ein Rezidiv bekam, das, wie die Sektion zeigte, entlang der 2. Rippe bis in den 2. Brustwirbel kontinuierlich weitergewachsen war. Letzterer zeigte das Bild der reinen Erweichung durch den Tumor.

Bei einer 48 jährigen Frau, die wegen Carcinoma mammae operiert wurde, traten nach mehreren Wochen lumbagoartige Schmerzen auf. Das Röntgenbild zeigte einen Tumor im 12. Brust- und 1. und 2. Lendenwirbel. Infolge von Kompressionsmyelitis trat Exitus ein, und die Sektion bestätigte die Diagnose. Hier fand sich keine erweichte Partie, sondern eine knöcherne Verschmelzung benachbarter Wirbel. Beim 3. Fall handelt es sich um einen primären Kreuzbeintumor, der durch die gewaltige Zerstörung der Umgebung und sein langsames Wachstum — mindestens 5 Jahre — auffällt.

Es gelingt also, durch das Röntgenbild schwere Veränderungen nachzuweisen, wo klinisch noch keine sichere Diagnose gestellt

werden kann und nur hartnäckige Schmerzen den Verdacht auf eine Neubildung lenken. **Zander**-Heidelberg.

41) **C. Hofmann** (Köln-Kalk). Eine einfache Art der temporären Laminektomie. (Zentralbl. f. Chir. 1910. 18.)

Wegen gastrischer Krisen hat H. zur Resektion des 7.—10. hinteren Wurzelpaares die Bögen des 6.—9. Brustwirbels mit Meissel vom Wirbelkörper getrennt und nach Durchtrennung der Wurzeln wieder sofort den osteoplastischen Lappen in seine frühere Lage gebracht. Gute Einheilung in kurzer Zeit. Diese einzeitige Operation zieht Verf. der zweizeitigen, wo die Wirbelbögen dauernd entfernt bleiben, vor. **Ewald**-Hamburg.

42) **P. Tridon** (Berck). Fistule inguinale. (Revue d'orth. 1910. 3.)

Bei einer 20 j. Frau wurde ein Inguinalabszess inzidiert, der mit Fistelbildung ausheilte. Erst später wurde als Ursache des Abszesses eine tuberkulöse Karies des Kreuzbeins gefunden. Bemerkenswert war, dass während jeder Menstruation aus der Fistel neben dem Eiter Blut floss. **Ewald**-Hamburg.

43) **C. Helbing** (Berlin). Die Behandlung von Lähmungszuständen an der oberen Extremität. (Berlin. klin. Woch. 1910. 22.)

Nach Besprechung der Krankheitsbilder der spastischen zerebralen Hemiplegie und der Geburtslähmung mit ihrer verschiedenen Aetiologie (Plexusläsion, Epiphysenlösung, intrakapsuläre Humerusluxation) geht H. die therapeutischen Massnahmen durch: die starke Pronation des Vorderarms lässt sich durch einfache Ablösung des pronator teres vom Condylus int. humeri und vierwöchige Fixation des Vorderarms in Supination beseitigen. Die Klauenstellung der Hand wird durch Verkürzung der Extensoren und Verlängerung der Flexoren gebessert, allerdings oft nicht funktionell, sondern nur kosmetisch. Nerventransplantation ($^1/_3$ medianus auf radialis oder Anastomosenbildung) muss in schweren Fällen mit Verlängerung der kontrakten Antagonisten verbunden werden. Die Therapie der Geburtslähmung richtet sich nach der Ursache: bei Luxation, wenn möglich, Reposition, in anderen Fällen (Epiphysenlösung) quere Osteotomie des Humerus, Fixation in Aussenrotation und Abduktion. Nach seiner Erfahrung an 6 Fällen von Geburtslähmung kann H. die einfache Tenotomie der Innenrotatoren des Arms (namentlich des pectoralis major) empfehlen, betont aber die Wichtigkeit längerer 6 wöchiger Fixation des Arms in Abduktion, um den ge-



dehnten (und daher funktionsuntüchtigen) Hebern und Aussenrotatoren Gelegenheit zu geben, sich zu retrahieren und ihre Funktion wieder aufzunehmen: daher Gipsverband um Rumpf und Arm in horizontaler Abduktion, stärkster Aussenrotation des Oberarms, rechtwinklig flektiertem Ellenbogengelenk und stark supinierter Hand. Gute funktionelle Resultate. Die einmal ausgeführte Transplantation des teres major von der Spina tuberculi minoris auf das tuberculum majus erwies sich als unnötig. **Ewald**-Hamburg.

44) **Delorme.** Die Hemmungsbänder des Schultergelenkes und ihre Bedeutung für die Schulterluxationen. (Arch. für klin. Chiur. 92. Bd. I. H. p. 79.)

Verfasser hat sich der dankenswerten Aufgabe unterzogen, die Bänder des Schultergelenkes an mehreren Präparaten zu studieren und seine Befunde mit denen früherer Autoren zu vergleichen. Dadurch konnte in die z. T. sehr von einander abweichenden Angaben der anatomischen und chirurgischen Lehrbücher Klärung gebracht werden. Verf. unterscheidet: das Lig. coraco-humerale, ein Lig. gleno-humer. sup., med. und infer. und einen hinteren Schrägfaserzug-Fasciculus obliq. Dem lig. gleno-humerale sup., das ein Gefäss führt, kommt keine Bedeutung als Halteband zu. Das wichtigste dafür ist das gleno-hum. med.

Für die Entstehung der häufigsten Formen der Schulterluxation (Luxatio subcorac. und axillar.) kommt folgender Mechanismus in Betracht. Bei Abduktion in Aussenrotation wird das Lig. gleno-hum. inf. angespannt, eingerissen oder abgerissen. An dieser Stelle also tritt der Kopf durch die Kapsel. Ist das Band nicht vollkommen zerrissen, so hindern die stehengebliebenen Fasern den Kopf am Hinauftreten, es bleibt eine Luxation axill., nur bei völliger Zerreissung kann die Lux. subcorac. zustande kommen.

Als Repositionsmethode kommt die anatomisch begründetste Rotations-Elevationsmethode nach Kocher in Betracht, wobei Verf. vor der Innenrotation, wenn der Arm sich in Abduktion, Aussenrotation und Ventralflexion befindet, noch einen Zug in der Längsrichtung einschaltet. Die bei dieser Reposition in Betracht kommenden Bänder sind das Lig. gleno-hum. med. und der hintere Schrägfaserzug. **Balsch**-Heidelberg.

45) **Abadie** u. **Pélissier** (Oran-Algier). Luxation congénitale de l'épaule. (Revue d'orth. 1910. 3.)

Neben den Schulterluxationen auf Grund einer Kinderlähmung oder einer Geburtslähmung sind die eigentlichen kongenitalen Schulter-



luxationen ungeheuer selten. Leichenversuche an Neugeborenen haben ergeben, dass man nie eine Luxation herstellen kann, immer eine Epiphysenlösung. Man muss Missbildung der Gelenkkomponenten annehmen.

Ein 7 j. Junge, der mit Zange entbunden war, und eine linkseitige Geburtslähmung hatte, die sich auf elektrische Behandlung besserte, zeigte bei der Untersuchung im 5. Lebensjahr eine Luxation des Humerus nach hinten. Die Muskulatur war in Ordnung, dagegen war von einer Ausbildung der Pfanne am Röntgenbild nichts zu konstatieren. Trotzdem eine passagere Plexuslähmung vorgelegen hat, halten die Autoren eine angeborene reine Luxation für wahrscheinlich, namentlich auf Grund des Röntgenbefundes. Die Plexuslähmung sei erst sekundär, infolge Nervendehnung, entstanden. Behandlung, da in diesem Fall die Funktion des Armes gut ist, keine.

Ewald-Hamburg.

46) **E. Markuse** (Berlin). Zur Behandlung der habituellen Schulterluxation. (Berlin. Klin. Woch. 1910. 15.)

Karewski hat noch nie nötig gehabt, zu Operationen seine Zuflucht zu nehmen. Meist gelingt eine genügend lange Immobilisation des Schultergelenks.

Bei einem 17 j. Jungen wurden durch elastische Züge die gefährlichen Bewegungen erschwert resp. gehemmt. Diese gehen von einem gepolsterten Halsring, der sich auf Clavicula und Scapula stützt, aus und werden mit Heftpflaster an dem Oberarm fixiert. Der Ring wird auf der gesunden Seite durch Achsel- und Schenkelschlinge in der richtigen Lage gehalten. Nach 2 monatigem Tragen der Schlinge trat in dem Fall keine Luxation mehr auf. **Ewald**-Hamburg.

47) **H. Elz.** Ueber Neurolyse bei den durch Humerusfrakturen bedingten Radialisparesen. (Bruns Btrge. f. klin. Chir. 68. Bd. 2. H. p. 394.)

Die häufigen bei Oberarmfrakturen beobachteten Radialisparesen sind einzuteilen

1. In solche primärer Natur, durch direkte Quetschung, Zerreissung etc. des Nerven unmittelbar im Anschluss an die Fraktur entstanden.

2. In solche sekundärer Natur durch Einbettung des Nerven in Narbengewebe oder Callusmasse.

Einen Uebergang zwischen beiden Formen bilden die Lähmungen durch langsame Dehnung des Nerven über Frakturvorsprünge. —



In allen Fällen, in denen die Lähmung nicht bald zurückgeht. besonders in denen der 1. Gruppe, oder eher zunimmt, ist Operation indiziert, dieselbe hat je nach Art der Lähmungsursache zu bestehen in Neurolyse, Paraneurotenotomie (Bardenheuer), Nervennaht u. a. Verf. bringt 5 Fälle aus der Klientel des Herrn G.-Rat Garré, in denen mit Erfolg die Neurolyse ausgeführt wurde, und empfiehlt daher dieses Vorgehen für die betr. Fälle.

Balsch-Heidelberg.

48) **Stewart L. Mc. Curdy** (Pittsburg). I. Bonewiring. II. Retroversion of an upper extremity, with operation for correction. (Americ. journ. of orth. surg. 1910. Bd. VII. 4.)

I. Nach der Anfrischung der Frakturfragmente näht Verfasser dieselben nicht mit Silber-, sondern mit Eisendraht, erstens weil dieser besser hält, zweitens weil Eisen ein Bestandteil des menschlichen Körpers ist, also nicht so stark als Fremdkörper wirkt.

II. 18 jähriger Junge, dem infolge eines kongenitalen Abszesses (?Ref.) im Schultergelenk der rechte Arm so stark nach innen rotiert war, dass bei Beugung des Ellenbogens der Unterarm nach hinten ausschlug. In der Höhe des Deltoideusansatzes wurde der Humerus mit Giglisäge quer durchtrennt und dann das untere Fragment um 180° nach aussen gedreht. Heilung nach 90 Tagen.

Ewald-Hamburg.

49) **L. Dieulafé** (Toulouse). Traitement chirurgical des consolidations vicieuses des fractures sus-condyliennes de l'humérus. (Revue d'orth. 1910. 3.)

Die suprakondylären Humerusfrakturen heilen — namentlich bei Kindern — oft fehlerhaft oder mit übermässiger Callusproduktion, so dass nicht nur Bewegungsstörungen die Folge sind, sondern auch Druck auf die Gefässe und Nerven auf der Ellenbeuge- oder Streckseite entstehen kann. Meist — wie auch in dem Fall des Verf. — ragt das obere Fragment in die Ellenbeuge, das untere nach hinten heraus. Es kommt dann einerseits zur Callusbildung, andererseits aber auch zur Pseudarthrose. D. frischte nach Entfernung des Callus die Frakturenden an, stellte sie richtig zueinander und fixierte den Arm, der im Ellenbogengelenk spitzwinklig gebeugt war. Baldige Massage, passive und etwas später aktive Bewegungen. Als Resultat wird ein Ausschlag der Bewegungen von 55° auf 96° berichtet.

Ewald-Hamburg.



50) **Ch. F. Painter** (Boston). Congenital pronation of the forearms. (Americ journ. of surg. 1910. Bd. VII. 4.)

11 jähriges Mädchen mit rechts völligem, links fast völligem Mangel der Vorderarmsupination. Die Röntgenbilder ergeben rechts eine völlige Synostose zwischen dem oberen Radius- und Ulnaende, links eine partielle Fusion zwischen beiden Knochen. Da die Hände im Ganzen recht geschickt waren, wurde von einem operativen Eingriff Abstand genommen.

Ewald-Hamburg.

51) **Kienböck.** Die radio-ulnare Synostose. (Fortschritte aus dem Gebiete der Röntgenstrahlen. Band XV, Heft 2.)

Eine seltene, mit Supinationshemmung einhergehende, angeborene Missbildung der Ellbogengegend ist die radio-ulnare Synostose, die mit oder ohne Radiusluxation vorkommt und als Hemmungsmissbildung anzusehen ist. Im Anschluss an 33 aus der Literatur gesammelte Fälle berichtet K. über 3 eigene Beobachtungen. Ein Ueberblick ergibt, dass die Fixierung des Vorderarms in Pronationsstellung und die Supinationshemmung das Kardinalsymptom darstellt. Zuweilen sind doch geringe Supinations- und Pronationsbewegungen möglich durch Drehung im Schulter-, Ellbogen- und Handgelenk infolge Erschlaffung der Gelenkkapsel. Der Radiusschaft ist in der oberen Hälfte kaum zu fühlen. Das Radiusköpfchen ist nach hinten subluxiert und meist verkleinert. Der Vorderarm ist häufig deutlich verkürzt. In einigen Fällen ist allerdings auch ein gut ausgebildetes Radiusköpfchen an normaler Stelle zu finden. Sichergestellt wird die klinische Diagnose erst durch das Röntgenbild, das Exostosenbildung und straffe Syndesmose ausschliessen lässt. Meist findet man eine Synostose von 2,5—4 cm Längsausdehnung im Ueberkreuzungsgebiet der Vorderarmknochen bei Pronation. Die Tuberositas radii bildet dann die Mitte, der obere Teil des Radius ist frei und das Köpfchen meist luxiert. Rais unterscheidet 2 Formen: die reine Synostose ohne weitere Deformation und die Synostose mit Elongation, Deformation und Luxation des Radius. Letztere Form ist häufiger und weist auch Fälle mit starker deformierender Arthritis auf.

Die Synostose war in der Mehrzahl allein ohne andere Deformitäten vorhanden, zuweilen mit einer Missbildung an der Hand kombiniert. Sie ist in der Hälfte der Fälle doppelseitig, im übrigen am rechten und linken Arm gleich häufig.

Zander-Heidelberg.



52) **Schlichting.** Ueber das harte traumatische Handrückenödem. (Mit 3 Abbildungen.) (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. 1910. S. 315 ff.)

Beschreibung des mit Ausnahme einzelner Symptome von allen Autoren übereinstimmend geschilderten Krankheitsbildes dieser Affektion: Im Anschluss an eine Handverletzung leichterer Art, die zu keinem Knochenbruch geführt hatte, ein hartes Oedem am Handrücken und den anschliessenden dorsalen Fingerflächen, das zu beträchtlicher Versteifung der Finger führte, schliesslich aber gewöhnlich, wenn auch langsam heilte. Die Aetiologie ist unklar.

Sch. beschreibt dann ausführlich einen von ihm beobachteten Fall: Alsbald nach einer oberflächlichen Handverletzung trat das Oedem auf, das jeder Behandlung trotzte und schliesslich zur völligen Unbrauchbarkeit der Hand führte. Im Röntgenbild war ein Knochenbruch nicht nachweisbar. Erst später trat am 3. Mittelhandknochen ein Schatten und weiterhin eine allgemeine Atrophie der Handknochen auf.

Sch. glaubt in seinem Falle wenigstens Selbstverstümmelung als Ursache der Erkrankung ansehen zu müssen. Darin bestärkt ihn ein bei der vorgenommenen Operation aufgefundener, unter den Sehnen des Ext. digit. commun. liegender Schleimbeutel. Sch. meint nun, dass sein Pat. die verletzte Stelle seines Handrückens „durch Reiben misshandelt“ und so die Affektion künstlich erzeugt habe.

Natzler-Heidelberg.

53) **Gaugele** (Zwickau). Gibt es eine genuine Madelungsche Handgelenksdeformität? (Zeitschrift f. orthop. Chir. Bd. XXIV Heft 3—4, S. 462.)

G. wendet sich gegen die Ausführungen Ewalds im vorigen Heft der Zeitschrift, dass der Symptomenkomplex der Madelungschen Deformität sowohl als Folgeerscheinung von Verletzungen etc. als auch als Krankheit sui generis und zwar angeboren vorkomme. G. ist der Meinung, dass das chronische Trauma der Arbeit das Wesentliche bei der Entstehung der Deformität sei und sucht diese Ansicht durch 4 weitere Fälle zu stützen.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

54) **H. Hilgenreiner** (Prag). Zur operativen Behandlung der Daumenscheere. (Münch. med. Woch. 1910. 16.)

4 jähriges Mädchen, rechterseits auf dem I. Metakarpale 2 dreigliedrige Daumen, links ein dreigliedriger Daumen. H. frischte die



einanderzugekehrten Seiten der beiden Daumen an und vereinigte sie. Gutes kosmetisches und funktionelles Resultat. **Ewald**-Hamburg.

55) **Preiser.** Ueber eine typische posttraumatische und meist zur Spontanfraktur führende Ostitis navicularis carpi. (Zentralblatt für Chirurgie. Nr. 28. 1910. S. 929 ff.)

P. macht auf eine bis jetzt nicht beschriebene, aber anscheinend nicht besonders seltene Affektion am Kahnbein aufmerksam: Nach Sturz auf die Hand-Schwellung, leichte Beschränkung der Beweglichkeit, Druckschmerz in der Kahnbeingegend. Im Röntgenbild zuerst nur „Aufhellung" im Kahnbein, später deutliches Bild einer Fraktur desselben. Aetiologie nach P. wahrscheinlich primäre Bandabreissung des lig. navi-lunatum, dadurch Ausserernährungsetzung des zentralen Kahnbeins, was wiederum eine rarefizierende Ostitis des Kahnbeins zur Folge hat, die zur Spontanfraktur führt.

Die ausführliche Arbeit soll in den Fortschritten auf dem Gebiet der Röntgenstrahlen gebracht werden. **Natzler**-Heidelberg.

56) **F. Sievert** (Leipzig). Seltener Fall von Volarluxationsstellung des Radiokarpalgelenks bei gleichzeitiger Fraktur der unteren Radiusepiphyse und des Proc. styl. ulnae. (Münch. med. Woch. 1910. 16.)

Die Verletzung, die durch Fall auf den Handrücken mit nachfolgender Fixation der Hand entstanden war, ist durch Röntgenstrahlen diagnostiziert worden. Die Hand und Finger blieben dauernd sehr in der Funktionsfähigkeit beeinträchtigt. **Ewald**-Hamburg.

57) **Dreifuss** (Hamburg). Ein Fall von angeborenem Riesenwuchs des Zeigefingers. (Zeitschrift für orthop. Chirurgie XXIV. Bd. 3—4. Heft S. 538.)

Bei dem rechten Zeigefinger des Patienten handelte es sich um eine Hypertrophie aller Gewebe und eine ulnare Abweichung des Nagelgliedes. Da der Finger bei der Arbeit hinderte, so wurde das distale Glied entfernt und die Weichteile des Fingers durch eine Teilexzision verkleinert. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

58) **Dupuy de Frenelle.** Appareil à extension continue pour réduction et contention des fractures des doigts (Apparat zur Extensionsbehandlung der Fingerfrakturen). (La médecine des accidents du travail. Bd. VIII, Nr. 1, S. 26.)

Verf. beschreibt seinen Apparat zur Extensionsbehandlung der Fingerfrakturen, bestehend aus zwei schlittenartig gegeneinander ver-



schieblichen Schienen, von denen die eine am Handgelenk befestigt wird, während die andere durch Heftpflaster an das Nagelglied des Fingers anbandagiert wird. Die Extension wird durch Federkraft bewirkt.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

59) **J. Riedinger** (Würzburg). Zur Frage der Entstehung und Behandlung der paralytischen Luxation des Oberschenkels nach vorn. (Arch. für Orth., Mechanother. und Unfallchirurgie 1910. Bd. VIII. 3.)

Bei der paralytischen Luxation des Hüftgelenks handelt es sich meistens um eine L. infrapubica, die sich R. rein mechanisch entstanden denkt. In den meisten Fällen handelt es sich überhaupt nur um eine Subluxation. Bezgl. der Therapie sind blutige (Karewski) und unblutige Einrenkung (Schultze-Duisburg) nach vorheriger Tenotomie des Tensor fasciae latae und event. der Spinamuskeln empfohlen worden, ferner das Redressement mit Gipsverband (Böcker), schliesslich die intertrochantere Osteotomie (Vulpius). Die unblutige Reposition ist das rationellste Verfahren, die Tenotomie nicht immer nötig, wenn infolge der Retraktion die Weichteile die Einrenkung auch manchmal sehr erschweren können und dann natürlich durchschnitten werden müssen. (Fall, wo erst nach Femurbruch im oberen Drittel der Kopf in die Pfanne ging!)

Das unblutige Verfahren bei Kindern ist eine der dankbarsten Aufgaben der orthopädischen Chirurgie. Zwei Krankengeschichten mit doppelseitiger Subluxatio infrapubica bei Handgängern (Lähmung beider Beine). Behandlung: Repositionsmanöver in Narkose, bis genügende Adduktion und Extension erreicht war. Gipsverband, nachher einfacher Stützapparat. 1 Kind geht ohne Stock, 1 mit einem Stock.

Ewald-Hamburg.

60) **Coville** (Orléans). Luxation congénitale de la hanche avec déformation extrême et impotence fonctionelle grave. (Revue d'orth. 1910. 3.)

Ein 14 j. Mädchen mit doppelseitiger Hüftluxation hatte so starke Flexions- und Adduktionskontrakturen bekommen, dass sie ganz hilflos geworden war. Durch quere subtrochantere Osteotomien wurden die Beine günstiger gestellt, so dass Pat. sich ohne Hilfe genügend lange ohne Beschwerden fortbewegen konnte. **Ewald**-Hamburg.



61) **M. J. Gourdon.** Les causes anatomiques entravant la réduction des luxations congénitales de la hanche ou favorisant la reluxation après la réduction. (Gazette des hôpitaux. Nr. 74.)

Der Reposition angeborener Hüftluxationen stellen sich oft Hindernisse entgegen, die zum geringeren Teil in den Weichteilen, hauptsächlich aber in den knöchernen Teilen ihren Sitz haben. Erstere bestehen in der Retraktion der Muskeln und der Kapsel. Zur Dehnung der Kapsel empfiehlt G. die unmittelbar vor der Reposition vorgenommenen Extension in der Längsrichtung und dann die Herbeiführung von Abduktion und leichter Hyperextension. Als Angriffspunkt für die allmähliche Abduktion wähle man die Mitte des Oberschenkels.

Die knöchernen Widerstände bestehen in Vorsprüngen des hinteren unteren Pfannenrandes, Verkürzung und Verbiegung des Collum und Atrophie des Kopfes. Zu empfehlen ist die Dehnung der Adduktoren, ferner ist während der ganzen Reposition zu extendieren und mit starker Flexion des Oberschenkels zu beginnen. Bei Anteversion des Schenkelhalses soll man Druck auf den Trochanter und Aussenrotation anwenden und aus Adduktion und Flexion in Abduktion und Hyperextension übergehen.

Als Ursachen der Reluxation stellt G. hin: schlechte Ausbildung des hinteren oberen Pfannenrandes, der Zug der Adduktoren an der Femurdiaphyse, besonders bei älteren Kindern, ferner die Wirkung des Ileopsoas, der eine Lordose hervorrufen soll, sodass infolge der Körperlast das Becken nach vorn und das Femur nach hinten zu verlagert wird. Im ersten Verband also mindestens 90° Abduktion. Dieser bleibt mindestens 4 Monate liegen. Nach der Abnahme müssen monatelang Abduktionsübungen ausgeführt werden.

Zander-Heidelberg.

62) **Waldenström** (Stockholm). Der obere tuberkulöse Collumherd. (Zeitschrift für orth. Chirurgie XXV. Bd. 3—4. Heft S. 487.)

W. hat nach dem Studium der Röntgenbilder festgestellt, dass es sich in manchem Falle von Coxa vara um einen tuberkulösen Heerd im Schenkelhals handelte, wobei infolge der Erweichung des Halses und des Kopfes das Kollum die Varusform angenommen hatte. Die beobachteten Patienten waren alle unter neun Jahren alt. Der Verlauf war ein recht langwieriger, aber relativ gutartiger, weil der obere Teil des Kollum in diesem Alter von einer Knorpelschicht bedeckt wird, die eine Verbindung zwischen



Trochanterknorpel und dem Gelenkknorpel des Caput bildet und so eine Weiterverbreitung des Prozesses auf das Gelenk sehr erschwert.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

63) **H. Lauchmann.** Zur Behandlung der Coxa vara. (Bruns Btrge. zur klinisch. Chir. 68. Bd. 2. H. p. 474.)

Verf. teilt einen Fall von Coxa-varabildung aus der Greifswalder chirurg. Klinik mit, in dem Flexion und Innenrotation durch eine extrakapsulär gelegene Knochenauftreibung am vorderen, oberen Quadranten des Schenkelhalses stark behindert war. Durch Abmeisselung dieses Vorsprunges vom Hüterschen Schnitt aus wurde die Funktion wesentlich gebessert. — Für ähnlich gelagerte Fälle empfiehlt sich dieses Vorgehen.

Balsch-Heidelberg.

64) **Erb** (Heidelberg). Klinische Beiträge zur Pathologie des intermittierenden Hinkens (Dysbasia angiosclerotica) (Münch. med. Woch. 1910. 21.)

Bericht über 38 neue Fälle des von E. aufgestellten Krankheitsbildes, das anscheinend in den niederen Ständen und bei Frauen sehr selten ist. Das Leiden ist bekanntlich durch die Arteriosklerose der Unterschenkelarterien (Pulsschwäche, resp. -Verschwinden!) bedingt, deren Entstehung muss in Zusammenhang stehen mit Alkoholgenuss, mehr noch mit Kälteschädlichkeiten, am meisten aber mit dem Tabakgenuss. Unter 35 Fällen hatten 19 stark bis enorm stark geraucht (10—20 Zigarren, 30—60 Zigarretten). In 8 Fällen waren gar keine positiven Schädlichkeiten aufzufinden (ausser allgemeinen Ursachen der Arteriosklerose). Die Arteriosklerose war in 5 Fällen nicht nachweisbar, aber wohl vorhanden. (Erb hat mehrere Fälle von i. H. gesehen, wo sie sich unter mehrjähriger Beobachtung entwickelte.) — Vasomotorische Störungen sind meistens vorhanden, scheinen Erb aber nur Begleitsymptom zu sein.

Die Diagnose wird immer noch viel zu selten gestellt; Verwechslungen mit Ischias, Venenthrombose, Plattfuss (!), Hysterie usw. sind häufig; die Kontrolle des Fusspulses schützt vor Irrtümern. Die Prognose ist nicht sehr schlimm; es ist niemals in den Fällen zu Gangrän gekommen, erhebliche Besserungen waren die Regel.

Die Behandlung bestand in Darreichung von Jodpräparaten (Jodnatrium, Sajodin, Jodglidin, Jodipin) zur Beeinflussung der Arteriosklerose, galvanischen Fussbädern (warm, nicht heiss!), Hochlagerung der Beine, Entfernung der ursächlichen Momente (Kälte, Alkohol, Tabak). Aspirin in kleinen Dosen 0,25—0,5 hatte öfter überraschenden



Erfolg. Zunächst immer völlige Bettruhe, erst wenn Besserung da, gymnastische und Gehübungen. **Ewald**-Hamburg.

65) **J. Ridlon** (Chicago). A report of two unusual results following fracture of the shaft of the femur. (Amer. journ. of orth. surg. 1910. Bd. VII. 4.)

18 jähriges Mädchen, vor 5 Jahren Femurfraktur im oberen Drittel, Pseudarthrose wegen Muskelinterposition, Operation, Catgutnaht, Extensionsverband. Jetzt ist das verletzte Bein um $2^1/_4$ Zoll länger als das andere. An der Operationsstelle eine keloidartige Narbe. Im II. Fall war bei einem 14 jährigen Jungen eine Femurfraktur deform geheilt, wurde 6 Wochen später wieder gebrochen und in Extensionsverband gelegt. Nach 6 Wochen Heilung. Bei einer Untersuchung 22 Wochen nach dem Unfall ist das gebrochene Bein $^3/_4$ Zoll länger als das gesunde. R. schliesst daraus, dass das Knochenlängenwachstum nicht nur an den Epiphysenlinien statthabe, sondern auch an der Diaphyse. (Die Distraktion der Fragmente durch die Extension dürfte die Verlängerung plausibler erklären, Ref.) **Ewald**-Hamburg.

66) **M. Katzenstein** (Berlin). Ueber eine Periost-Knochentransplantation in einen durch Resektion verursachten Femurdefekt. (Berl. Klin. Woch. 1910. 14.)

15 j. Junge mit faustgrossem Femursarkom, nach Fall entstanden. Tumor reicht bis zur unteren Epiphysenlinie. Resektion des erkrankten Knochens, — 13 cm lang. Aus der rechten Tibia wird ein 15 cm langer, 2 cm breiter, 1—2 mm dicker Periostknochenlappen herausgemeisselt und in die ausgehöhlten Markhöhlen der beiden Femurfragmente überpflanzt. Muskel — Fascien — Hautnaht — Gipsverband ohne Unterpolsterung. Nach 3 Monaten entfernt. Knochen ist eingeheilt und dicker geworden. Thomasschiene, die schon nach weiteren 2 Monaten wegblieb. Der Junge konnte schon damals Feldarbeiten verrichten; jetzt kann das Knie spitzwinklig gebeugt werden, und kann ebenso wie das gesunde Bein belastet werden. Die Dicke des überpflanzten Knochens hat um das vielfache der ursprünglichen Stärke zugenommen (Röntgenbilder). **Ewald**-Hamburg.

67) **Denis G. Zesas** (Lausanne). Beiträge zur Pathologie der Kniescheibe. (Arch. für Orthop., Mechanotherapie und Unfallchir. 1910. Bd. VIII. 3.)

Bei einem 39 jährig. Kaufmann blieb die Diagnose eines schmerzhaften Patellartumors lange Zeit unklar (Tuberkulose, Sarkom?), bis an der Vorderfläche des Schienbeinkopfs der anderen Seite eine schmerz-



hafte Vertreibung auftrat, die zu einer probeweisen Schmierkur Veranlassung gab. Baldiges Verschwinden der Schmerzen und Auftreibungen an beiden Stellen bestätigte die Diagnose tertiäre Lues.

Im Anschluss an diesen Fall 19 Krankengeschichten von Kniescheibensarkom aus der Litteratur. Einige Fälle zeigen, dass nach Exstirpation der Patella weder ein Rezidiv aufgetreten noch die Funktion des Kniegelenks gestört war. **Ewald**-Hamburg.

68) **L. Chevrier** (Paris). Hémarthrose du genou par fissures multiples du fémur. (Revue d'orth. 1910. 3.)

Ein dreissigjähriger Mann hatte nach Fall einen Bluterguss im Knie akquiriert. Da der Mann noch laufen konnte, wurde eine ernstere Knochenverletzung ausgeschlossen. Trotzdem zeigte das Röntgenbild mehrere Längs- und Querfissuren des unteren Femurendes, die z. T. bis zum Gelenk reichten. Klinisch ausser dem Hämarthros nichts festzustellen. Heilung nach kurzer Immobilisation und 4 wöchiger Bettruhe. **Ewald**-Hamburg.

69) **Kofmann** (Odessa). Ein Fall von kongenitalem Fibuladefekt kombiniert mit vollständiger Aplasie der anderen Seite. (Zeitschrift f. orthop. Chir. Bd. XXIV, Heft 3—4, S. 541.)

Bei K.'s Patient stand der Fuss in starker Equinusstellung und war seitlich und hinter der Tibia placiert. Die beiden lateralen Zehen fehlten. Das Knie stand in Beugekontraktur. Auf der anderen Seite fehlte der Unterschenkel völlig. Arthrodese des Fussgelenks und Streckung des Kniegelenks nach Tenotomie der Flexoren sowie die Anlegung einer Prothese auf der anderen Seite zum Ersatz des fehlenden Unterschenkels gaben dem Pat. eine gute Fortbewegungsfähigkeit. Aetiologisch hält Verf. die Entstehung durch amniotische Verwachsungen für möglich.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

70) **Grunert.** Indirekte Frakturen des Fibulaschaftes. (Mit 4 Abbildungen.) (Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie 1910. S. 397 ff.)

Indirekte Frakturen des Fibulaschaftes wurden bisher als sehr selten angesehen. In letzter Zeit haben Militärärzte eine Reihe von Fällen beschrieben, welche die Affektion doch nicht als gar so selten erscheinen lassen. Die Eigentümlichkeit des Militärdienstes — intensive sportliche Tätigkeit, welche die Beine beansprucht, würde das gleiche bewirken — bringt es mit sich, dass die an und für sich nicht gar zu starken Beschwerden, welche diese Frakturen machen, bedeutend



gesteigert werden. Deswegen sind die indirekten Fibulabrüche bis jetzt hauptsächlich beim Militär beobachtet worden.

G. bringt 4 Fälle. Die Symptome recht wenig charakteristisch: Im allgemeinen Schmerzen im Unterschenkel, Anschwellung, Druckschmerz. Nur einmal Knarren. Das Röntgenbild sichert jedesmal die Diagnose.

G. meint — im Gegensatz zu Hopfengärtner, der Biegungsbrüche annimmt — dass es sich bei den in Frage stehenden Brüchen meist um Torsionsbrüche handelt.

Die Prognose ist so gut, dass die von G. mitgeteilten 4 Fälle z. B. alle dienstfähig blieben. **Natzler**-Heidelberg.

71) **Ewald** (Hamburg). Ueber die Luxation im Lisfranc'schen Gelenk. (Berl. Klin. Woch. 1910. 14.)

Krankengeschichte eines Falls dieser seltenen Verletzung, die schon vor 14 Jahren entstanden, aber wegen Verkennen nicht reponiert war. Ueberraschend gute Gehfähigkeit. **Ewald**-Hamburg.

72) **Mannino.** Risultati morfologici e funzionali dell'astragalectomia per lesioni traumatiche. (Tip. La Sicilia, Catania 1910.)

Verf. beschreibt eine Luxation, bei der die unblutige Reposition gescheitert war. Das durch die Astragalektomie erzielte Resultat gab minimale Verkürzung und Erhaltung der physiologischen Streck- und Beugebewegungen des Fusses. **Buccheri**-Palermo.

73) **R. Sarazin.** Beiträge zur Entstehung und Behandlung des Calcaneusspornes. (D. Zeitschr. f. Chir. 102. Bd. 4.—6. H. p. 399.)

Verf. wendet sich gegen die verschiedenen Theorien der Entstehungsweise des Calcaneusspornes, die in einer Entzündung (Gonorrhoe, Rheumatismus, Arteriosklerose, posttraumat. Periostitis) der Plantarfaszien resp. des Periostes die Ursache der Sporenbildung annehmen. Viel wahrscheinlicher scheint ihm der Sporn als Skelettvariation d. h. als besonders stark ausgebildeter Proc. medialis des Tuber calcanei aufzufassen zu sein; dafür spricht auch der von ihm erhobene mikroskop.Befund, der eine kontinuierliche Fortsetzung von Spongiosa und Compacta des Calcaneus in den Sporn hinein ergab. Entzündliche Veränderungen fehlten. — Die durch den Sporn verursachten Beschwerden sind nach Verf. meistens durch eine Entzündung des über dem Sporn liegenden Schleimbeutels bedingt. Beim Plattfuss spielt die veränderte Stellung des Calcaneus



eine Rolle, wodurch der Sporn senkrecht zur Unterlage zu stehen kommt. — Die Therapie soll nach Verf. möglichst lange konservativ sein und gibt er dafür einen Gummiluftring in Form eines Fersenkissens an, mit dem die Beschwerden meist völlig behoben werden könnten. **Balsch**-Heidelberg.

74) **Peltesohn.** Zur Kenntnis des Pes calcaneus traumaticus. (Arch. für klin. Chir. 92. Bd. 1. H.)

Im Anschluss an einen Fall aus der orthop. Universitäts-Poliklinik in Berlin, in dem sich nach Durchschneidung der Achillessehne ein Pes calcaneus sensu strictiori (nach Nicoladoni) ausgebildet hatte, gibt Verf. eine genaue Schilderung und Erklärung der anatomischen und funktionellen Veränderungen, die dabei auftreten. Durch den Wegfall des normalen Zuges der Achillessehne wird durch den Zug der Plantarmuskeln eine Bewegung des Kalkaneus und mit ihm des Talus im Sinne der Dorsalflexion bedingt. Die dadurch bedingte Skelettveränderung — die Metatarsi sind im Gegensatz zum Kalkaneus stärker als normal volarflektiert — lässt sich auf Röntgenbildern sehr deutlich erkennen. Eine Strukturveränderung zeigten die Knochen jedoch nicht, nur in den äusseren Konturen wird der Kalkaneus verändert. Die in mehreren Fällen von Pes calcaneus zu beobachtende Valgusstellung des Fusses erklärt Verf. durch den Wegfall der supinierenden Wirkung des Musc. triceps surae., wodurch die Pronatoren das Uebergewicht bekommen. Ein weiteres auffallendes Symptom beim Pes calcaneus ist die Verkürzung des Muskelbauches der Wadenmuskeln mit gleichzeitiger Verlängerung der Sehne, die Verf. mit Joachimsthal als selbstregulatorischen Vorgang auffasst, wenn der zum Ansatz eines Muskels dienende Knochenvorsprung verkürzt und damit der Hebelarm kleiner wird. Die dorsale Drehung des Kalkaneus mit der Verlagerung des Sehnenansatzes plantarwärts verursacht nur die geringere Exkursionsbreite und damit die Verkürzung des Muskels. **Balsch**-Heidelberg.

75) **A. H. Williams** (Hartford). Static foot error in private practice. (Amer. journ. of orth. surg. 1910. Bd. VII, 4.)

Interessante statistische Mitteilungen über Fussbeschwerden bei 300 gut situierten Patienten vom 12.—80. Lebensjahr. (Neger. Kinder unter 12 Jahren, alle Traumen und Entzündungen wurden weggelassen.) Das Referat kann nur einige Daten geben. Es handelt sich bei den 300 Fällen um 71% Frauen, 29% Männer: die Hälfte bekam vor dem 40. Jahr Beschwerden (bei Armen ⅔!)



Meist war ein Knick- oder Plattfuss schon lange vor Eintritt der Beschwerden vorhanden. (Ein Knickfuss existiert überhaupt bei über der Hälfte der Bevölkerung, ausgenommen sind davon die eingewanderten Südeuropäer und Asiaten!) Die Hälfte der Patienten war schon früher, aber falsch behandelt worden. Als direkte Ursache der Beschwerden wurde in 35% der Fälle kurz vorhergehendes Krankenlager, Schwächung des Gesamtorganismus konstatiert. In 50% wurde ein mässiger Hallux valgus gefunden, in 36 Fällen ein schwerer. Körpergewicht, Beschäftigung, Fussform scheinen keinen grossen Einfluss auf die Herausbildung der Beschwerden zu haben. In 95% stand der Fuss in Pronation, nur in 5% war er normal; in 39% war das Fussgewölbe verschwunden. In 70% waren Oedeme nachzuweiseu, in 51% Beschränkung der Beweglichkeit. Die Beschwerden wurden meist in der Nähe des Talo-naviculargelenks angegeben, öfter war aber auch Unterschenkel (24%), Knie (18%), Oberschenkel (8%), Hüfte (2%) und Kreuz (8%) Sitz von Schmerzen.

Behandlung: Einlagen wendet Verf. nicht in jedem Fall an, sondern legt das Hauptgewicht auf gutes Schuhwerk und auf aktive Uebungen. Häufig muss er die Kontraktur der Muskeln erst durch Heftpflasterverbände beseitigen. Ein Jahr nach Beginn der Behandlung waren von 219 Patienten 85% ohne Beschwerden, auch diejenigen, die nach einiger Zeit die Einlagen weggelassen hatten. Nicht gebessert waren nur 9 Patienten.

An 90 neueingetretenen Schwestern stellte Verf. in 76,5% Pedes valgi, in 36% Pedes plani fest. Er behandelte sie prophylaktisch mit Verabreichung passender Schuhe und Uebungen mit dem Erfolg, dass nur in ganz wenigen Fällen leichte, vorübergehende Plattfussbeschwerden auftraten.

Einlagen gibt Verf. jetzt nur bei alten oder schwachen Patienten, die nicht üben können, 2. bei denen, die keine Zeit für eine Behandlung haben, 3. und vorübergehend bei plötzlich einsetzenden Schmerzen, Fixation und Metatarsalgie. **Ewald**-Hamburg.

76) **H. Winnet Orr** (Lincoln Nebraska). The role of the foot and leg muscles in flat-foot. (Amer. journ. of orth. surg. 1910. Bd. VII, 4.)

Der Plattfuss entsteht nach Verf. Ansicht infolge Schwäche bestimmter Unterschenkel- und Fussmuskeln (namentlich tibial. ant. und post., flexor hallucis, adductor und abductor hallucis); durch die Pronationsstellung des Fusses würden sie noch mehr überstreckt,



und, wie jeder überdehnte Muskel, funktionsuntüchtig. Gleichzeitig verkürzen sich aber die Peroneen, setzen jeder aktiven und passiven Supination des Fusses in hochgradigen Fällen unüberwindlichen Widerstand entgegen und machen die Deformität infolge ihres andauernden Spasmus immer hochgradiger.

Das wichtigste bei der Behandlung ist darum die Wiederherstellung des Muskelgleichgewichts, sonst muss jede Therapie von vornherein fehlschlagen.

Daher sollen die Pronatoren (Peroneen) tenotomiert werden, darauf ein Gipsverband in Supinationsstellung des Fusses gemacht werden, damit die erschlafften Supinatoren sich verkürzen können.

Ewald-Hamburg.

77) **Riedl.** Die Erfolge der Operation des Plattfusses nach der Methode von Gleich-Brenner. (Arch. f. kl. Chir. 92. Bd. 2. H. S. 415.)

Beschreibung der Gleich-Brennerschen Operation: Der Fuss wird bei gebeugtem Knie mit der Aussenfläche auf ein festes Polster gelagert. Unter Blutleere wird ein Schrägschnitt fingerbreit hinter dem Mall. int. über die Innenfläche des Calcaneus bis auf den Knochen gemacht und dieser schräg nach hinten oben und aussen durchmeisselt. Der Fersenhöcker wird nun nach innen verschoben, wobei auch eine geringe Verschiebung nach vorne und unten erfolgt. Von der Achillotenotomie wird meist abgesehen. 3—4 Wochen Gipsverband. Auftreten erfolgt 1—2 Wochen später.

Das Fersenstück muss möglichst breit sein und der Knochenschnitt nicht zu schräg angelegt werden. Die Schnittführung von der Innenseite her empfiehlt sich, um Gefässverletzungen zu vermeiden.

Bericht über die Erfolge der Operation seit 1893 im städt. Krankenhaus zu Linz a. D. 37 Personen im Durchschnittsalter von 20 Jahren wurden operiert, 20 einseitig und 17 doppelseitig. Achillotenotomie in 6 Fällen. 31 Fälle wurden 1909 der Nachuntersuchung unterzogen; es waren 87% geheilt und 13% gebessert.

Während bei Plattfüssen die normale Innenneigung und Innenkrümmung des Calcaneus mehr oder minder verloren gegangen ist, war bei den geheilten Fällen stets eine Innenverschiebung und Einwärtsdrehung des Fersenhöckers nachweisbar und die starke Pronationsstellung des Fusses stets geringer geworden; dagegen ergab sich keine wesentliche Verbesserung der Fussform hinsichtlich der Fusswölbung. In 2 Fällen mit Achillotenotomie bestand eine geringe



Verschiebung des Fersenhöckers nach unten, doch auch ohne Verbesserung der Fussform.

Verf. betont auf Grund der Resultate, dass die blosse Innenverschiebung des durch Osteotomie abgetrennten Fersenhöckers genügt, um selbst hochgradige, konservativer Behandlung trotzende Plattfussbeschwerden dauernd zum Verschwinden zu bringen. Die Verlagerung des Fersenhöckers nach unten nach Achillotenotomie und Nagelung der Knochenstücke sind nicht notwendig.

Zander-Heidelberg.

78) **B. Bartow** (Buffalo). Operative remodelling of the tarsus for the immediate correction of severe and relapsed forms of club-foot. (Amer. journ. of orth. surg. 1910. Bd. VII. 4.)

Gegenüber dem manchmal Zeit, Mühe und Geduld erfordernden modellierenden Redressement empfiehlt B. die Aushöhlung des Taluskörpers und Halses, eventuell auch des Kalkaneus und Os cuboideum. Der Fuss lässt sich dann mit Leichtigkeit reponieren und behält seine volle Beweglichkeit, da die Gelenkflächen erhalten bleiben. Notwendig ist immer eine Tenotomie der Achillessehne; manchmal hat B. vorher noch die Phelpssche Operation gemacht. Nach 4—6 wöchigem Gipsverband können die Kinder ohne Nachbehandlung oder Schiene laufen. Die Stiefelsohle soll aussen erhöht werden. Auch beim hochgradigen paralytischen Klumpfuss ist manchmal die Aushöhlung des Talus angezeigt.

Ewald-Hamburg.

79) **E. H. Bradford** (Boston). An appliance for the correction of resistant club-foot. (Americ. journ. of orth. surg. 1909. Bd. VII. 2.)

Zur Korrektion des Klump-Spitzfusses rät B., den Patienten auf den Bauch zu legen, das Knie gebeugt vom Assistenten halten zu lassen und in dieser Stellung den Vorderfuss im Sinne einer Dorsalflexion und Pronation zu korrigieren. Ein einfacher Apparat, dessen Beschreibung im Referat nicht möglich ist, erleichtert das Herüberhebeln auch des Calcaneus und Cuboid in die korrigierte Stellung.

Ewald-Hamburg.

80) **R. Tunstall** (Taylor). Single-strap brace for talipes equino varus. (Americ. journ. of orth. surg. 1909. Bd. VII. 2.)

Schiene zur Nachbehandlung des pes equino-varus. Sohlenplatte, die den Fuss in Abduktion hält, Innenschiene mit Fussscharnier mit Hemmung gegen Plantarflexion, Riemen, der den Fuss auf der Sohlenplatte in überkorrigierter Stellung hält. Die Schiene kann im Stiefel getragen werden.

Ewald-Hamburg.



Kongress- und Vereinsnachrichten.

81) III. internationaler Kongress der Physiotherapie in Paris. (29. März — 2. April 1910.)

(Gazette des hôpitaux 1910. 44—47.)

Die Erörterungen über Massage, Hydrotherapie und Elektrizität bieten — soweit es die Orthopädie angeht — nichts wesentlich neues.

Ueber die angeborene Hüftverrenkung äussern sich Lorenz (Wien), Kirmisson (Paris) in gleicher Weise über die Indikation; man soll die Kinder möglichst im 4.—6. Jahre operieren.

Calot (Berck) reponiert früher, ja schon im ersten Lebensjahr und stellt geheilte Fälle vor. Blutig soll erst nach mehrfachem vergeblichen Versuch der unblutigen Reposition vorgegangen werden. Die einseitige Luxation kann fast immer, die doppelte sehr häufig geheilt werden. Man soll einzeitig reponieren.

Rédard und **Badin** berichten über Modifikationen bei der Einrenkung und Nachbehandlung. Mencière (Reims) zeigt seinen Metallhebel. Codet-Boisse (Bordeaux) weist an der Hand von Röntgenbildern auf die Wichtigkeit der Innenrotation hin.

Bezüglich der Skoliose weist Privat (Paris) auf die Notwendigkeit der Korsettbehandlung hin, Rédard (Paris) betont daneben die Wichtigkeit der Gymnastik. Mencière (Reims) zeigt einen Apparat, der den Thorax umformen soll. Ménard (Paris) hält die Gymnastik für ausreichend, Scholder (Lausanne) zeigt an graphischen Darstellungen die Gefahr des Korsetts, das zur Atrophie, Ankylose und Torsionsvermehrung führt. Roederer (Paris) will mehr Wert auf die Allgemeinbehandlung als auf die Skoliosenbehandlung legen. Das Korsett sei nur ein Notbehelf, die Uebungen dürften nie vernachlässigt werden. Konindjy (Paris) will die Muskeln der konvexen Seite massiert haben, damit diese die Skoliose korrigieren.

Inbetreff des Plattfusses bemerkt Derscheid-Delcour (Belgien), dass er bei einem Drittel der Kinder von 6—13 Jahren schon vorhanden sei.

Die Ischias behandelt Petren (Upsala) mit Heissluft, Massage und Dehnung. — Sehr gute Erfolge.

Faure (La Malon) macht auf die Erfolge seiner mediko-mechanischen Behandlungsmethode bei Littlescher Krankheit aufmerksam. Konindjy hatte diese ebenfalls angewandt, aber nur bei ganz jungen Kindern. Mencière (Reims) behauptet, ohne Tenotomien nicht auskommen zu können, bei der Kinderlähmung mache er auch Ueberpflanzungen. Laquerrière (Paris) rühmt hier den faradischen Strom zur Belebung der paralytischen Muskeln.

82) **Peltesohn.** Gesellsch. der Charitéärzte. 18. XI. 09. (Berl. klin. Woch. 1910. 10.)

Demonstration zweier Kinder mit Röntgenbildern, die eine ungewöhnliche Form von Wachstumsstörung erkennen lassen: die Extremitäten sind kurz und plump, auf den Röntgenbildern sieht man an den Epiphysen teils keine, teils mangelhafte Verknöcherung, die Epiphysenlinien sind unregelmässig und zeigen einzelne Ossifikationspunkte. Die Epiphysenerkrankung betrifft in einem Falle nur einzelne Röhrenknochen, in anderen alle. Neben den Epiphysenun-



regelmässigkeiten erkennt man eine Verbreiterung der Meta- und Diaphysen, Die Bilder erinnern teils an Kretinismus, teils an Chondrodystrophia foetalis, teils auch an Lues congenita. Doch handelt es sich um keine Kretins, ferner ist das Leiden erst postnatal aufgetreten, schliesslich fiel die Wassermannsche Reaktion negativ aus.

83) **R. Maiers.** Ges. d. Charitéärzte in Berlin 18. XI. 09. (Berl. klin. Woch. 1010. 10.)

Kind von 6 Jahren mit multiplen Frakturen (Osteopsathyrosis idiopathica), Vorspringen des Hinterhaupts und der Stirnhöcker, Kyphose, Skoliose. Epiphysen scheinbar enorm verdickt. Coxa vara, Becken schnabelförmig. Röntgenbilder zeigen die Atrophie der Corticalis und Spongiosa, normal grosse Epiphysen, dagegen sehr verschmälerte Diaphysen, vielfache Verbiegungen und Frakturen. Es laufen also Porosität und Biegsamkeit (Malacie) nebeneinander her.

84) **Wohlauer.** Ges. d. Charitéärzte Berlin 18. XI. 09. (Berl. klin. Woch. 1910. 10.)

20 Röntgenbilder zeigen die Knochenarchitektur bei Rhachitis: Kalkarmut, unregelmässige Verkalkungszone, Enchondrome im diaphysären Teil, Auftreibung der Diaphysenenden. Das Auftreten der Epiphysenkerne verspätet sich im allgemeinen bei der Rachitis nur in sehr schweren Fällen.

An den Diaphysen fällt die Verdickung der Corticalis an der Konkavseite der Verkrümmung auf, die so stark sein kann, dass sie die Markhöhle verschliesst. Auffallend sind die Knochenbälkchen, die von der Konkav- zur Konvexseite ziehen, und nicht als Frakturreste (Virchow), sondern als Trajektorien (Jul. Wolff) gedeutet werden.

Nach Ablauf des Prozesses werden die Epiphysenlinien regelmässiger, die fleckige Zeichnung an den Epiphysen verschwindet, die Kalkablagerung wird eine erhöhte. (Zeitpunkt zum operativen Eingriff!) **Ewald** - Hamburg.

85) **Carnot u. Havu.** Société de biologie. 14. V. 10. (Gazette des hôpitaux 1910. 57.)

Einfluss des Adrenalins auf die Knochenbildung und Callusproduktion. Hundeversuche zeigten, dass mit Adrenalininjektionen (6 mgr. pro Tag) behandelte Tiere viel schneller Knochen producierten als die Kontrolltiere. Am 18. Tage war ein abgetragenes Knochenstück immer wieder fest angeheilt. Histologisch zeigte sich eine kompaktere Knochensubstanz, viele Osteoblasten und kleine Markräume. — Es wird auf die Erfolge hingewiesen, die Bossi bei der Osteomalazie mit dem Adrenalin gehabt hat. Auch bei der Frakturheilung dürfte es ev. eine Rolle spielen.

86) **Quénu** und **Barbier.** Société de chir. de Paris 16. III. 10. (Rev. de chir. 1910 4 und 5.)

Vortr. haben zweimal tödliche Lungenembolien im Anschluss an Frakturen des Unterschenkels beobachtet, 53 resp. 20 Tage nach dem Unfall. Varicen lagen nicht vor, sodass man wohl eine gesteigerte Gerinnungsfähigkeit des Blutes annehmen muss.

Guinard hat 3 Fälle von tödlicher Embolie nach Frakturen und Luxationen gesehen.

Lucas-Championnière konnte in seiner langen Tätigkeit nur 3 Fälle von Lungenembolie nach Frakturen beobachten.



Tuffier führt die Todesfälle sofort nach der Fraktur auf eine Läsion der Medulla oblongata zurück.

Mauclaire hat einmal einen Todesfall erlebt, als eine Femurhalsfraktur reponiert werden sollte.

Delbet hat bei der Sektion oft kein Gerinnsel in der Lunge finden können; dagegen waren die Nebennieren verändert und zwar durch die Chloroformnarkose. Er macht daher nach der Narkose eine oder mehrere Adrenalininjektionen.

Picqué erwidert darauf, dass auch infolge schwerer Traumen die Nebennieren verändert werden können.

Tuffier warnt davor, ein Lungenembolie mit einem Leichengerinnsel zu verwechseln.

Quénu betont, dass man schon nach den klinischen Zeichen eine Lungenembolie diagnostizieren könne.

Chaput hält ebenfalls die Diagnose der Embolie aus der Autopsie für schwierig. Er glaubt, dass die Lungenembolie eine der häufigsten Ursachen des plötzlichen Todes sei.

87) **Klasske.** Ges. d. Charitéärzte in Berlin 18. XI. 1909. (Berl. klin. Woch. 1910. 10.)

Vater und 3 Söhne mit multipler Exostosenbildung.

88) **Vignard.** Soc. de chir. de Lyon 3. III. 10. Rev. de chir. 1910. 5.)

Bericht über die Plombierung bei Gelenktuberkulose. (12 Sprunggelenke, 2 Handgelenke, 1 Ellenbogen, 20 Hüften, 5 Kniee.) Meist in 2 Monaten Heilung. Bei Fisteln ist die Plombierung nicht besser als andere Methoden.

89) **Vallas.** Société de chir. de Lyon 17. II. 10. (Revue de chir. 1910. 4.)

V. hat die Jodoformplombe nach mehreren Resektionen tuberkulöser Gelenke angewandt und rühmt die schnelle Heilung und die guten funktionellen Resultate.

90) **Anton.** Verein der Aerzte in Halle a. S. 26. I. 1910. (Münch. med. Woch. 1910. 19.)

Demonstration eines Mannes, der durch fortgesetzte Uebung die Fertigkeit erlangt hat, einzelne Muskeln isoliert zur Kontraktion zu bringen:

Kontraktion des Musc. biceps bei Erschlaffung des Triceps und umgekehrt.

Supination und Pronation des Unterarms ohne Mitbewegung der Hand.

Herstellung einer Skoliose ohne Beckenverschiebung durch einseitige Kontraktion der langen Rückenmuskeln.

91) **Ludloff.** Schlesische Gesellsch. f. vaterländ. Kultur in Breslau 4. III. 10. (Berl. klin. Woch. 1910. 15.)

12 jähriges Mädchen mit überaus langen Extremitäten, Fehlen der Schilddrüse, Intelligenzdefekten. Es hat sehr spät stehen und laufen gelernt. Jetzt unsicherer Gang. Hypotonie der Muskeln und auffallende Gelenkschlaffheit an Armen und Beinen. Vielleicht „atonisch-astatischer Typus der infantilen Cerebrallähmung" (Foerster).

92) **P. Krause** (Bonn). XXVII. Kongress f. innere Medizin. Wiesbaden 18.—21. IV. 10. (Münch. med. Woch. 1910. 21.)

K. teilt seine Studien über die rheinisch-westphälische Epidemie von akuter Kinderlähmung mit. Im Rbk. Arnsberg waren bis 1. Januar



1308 Fälle gemeldet, darunter 141 Todesfälle. Andere Bezirke waren gleichfalls stark betroffen. Die grösste Zahl der Fälle betrifft Kinder im 2. Lebensjahr, höchste Frequenz ist im Oktober. Todesfälle erfolgen meist durch Atemlähmung am 3. oder 4. Tag. Mortalität 12—20%, völlige Heilung nur in 15—18%

93) **Benhoff.** Aerztl. Verein zu Marburg. 16. II. 10. (Münch. med. Woch. 1910. 16.)

Mikroskopische Demonstration von Zelleinschlüssen und freiliegenden Körperchen, die B. für die Erreger der Poliomyelitis hält. Die Präparate stammen aus dem Rückenmark, und zwar sitzen die Einschlüsse in den Kernen der Gliazellen. Aehnliche Gebilde hat B. in den Blutergüssen und Gefässen des erkrankten Gebiets gefunden.

94) **F. Kramer.** Schles. Ges. für vaterl. Kultur in Breslau 11. II. 10. (Berl. klin. Woch. 1910. 10.)

4 Fälle von Kinderlähmung beweisen, dass die Prognose quoad functionem nicht immer schlecht ist: noch nach 1—1½ Jahren können sich völlig gelähmte Muskeln erholen. Daher muss die Behandlung mit Massage und Elektrizität lange fortgesetzt werden, andererseits darf man mit operativen Massnahmen nicht zu zeitig beginnen.

Foerster bestätigt dies: von 15 beobachteten Fällen sind 5 fast ganz geheilt. Die Restitution gelähmter Muskeln kann auch noch nach 2—2½ Jahren eintreten.

95) **Stein.** Verein d. Aerzte Wiesbadens. 4. V. 10. (Berl. klin. Woch. 1910. 22.)

Demonstration eines 12 j. Kindes mit Polyneuritis, die im 3. Lebensjahr akut entstanden war, nachdem das Kind vorher richtig gelaufen hatte. Blei oder Alkohol konnten als Ursache nicht sicher festgestellt werden. Es sind symmetrisch die Hände und Unterschenkel befallen, sodass das Kind nur rutschen kann. St. will die paralytischen Klumpfüsse redressieren, die Sprunggelenksarthrodese machen, und dem Kinde mit Schienenhülsenapparaten auf die Beine helfen. — Spinale und cerebrale Kinderlähmung war auszuschliessen.

96) **Kirmisson.** Académie de médecine 3. V. 10. (Gazette des hôpitaux. 1910. 52.)

K. bespricht die chirurgische Behandlung der Littleschen Krankheit und hält die Durchschneidung der hinteren Wurzel, wie sie deutsche Chirurgen ausführen, für schwierig, Irrtümern ausgesetzt und gefährlich. Jedenfalls zieht er die Palliativbehandlung vor. Neben Sehnendurchschneidungen und orthop. Apparaten hat er mit gutem Erfolge die subtrochantere Osteotomie vorgenommen.

97) **Küttner.** Breslauer chir. Gesellschaft. 14. III. 10. (Berl. klin. Woch. 1910. 16.)

Bericht über 14 Förstersche Operationen, bei Littlescher Krankheit und anderen Rückenmarksleiden (Tabes). Bei letzterer Gruppe ist die Operation viel gefährlicher. Von 3 Tabikern mit gastrischen Krisen starb einer an Meningitis im Anschluss an die Operation, bei zweien hatte die Operation Erfolg. Ein Mann mit Spasmus im l. Arm und Schulter wurde durch Durchschneidung der Wurzel am Halsmark bedeutend gebessert. Bei einem Patienten mit multipler



Sklerose trat 4 Wochen nach Wurzeldurchschneidung eine schlaffe Lähmung beider Beine auf. Die funktionellen Resultate bei der Littleschen Krankheit schwerster Art waren sehr befriedigend. Eine systematische Nachbehandlung ist unbedingt erforderlich. Gottstein hat von 5 operierten Fällen 2 verloren. (1 Little, 1 spastische Spinalparalyse); die Todesursache konnte genau nicht festgestellt werden. Mit der orthopädischen Nachbehandlung, noch dem Eingipsen der Beine in überkorrigierter Stellung, sollte man bald beginnen.

98) **v. Baeyer.** Aerztl. Verein München. 9. II. 10. (Münch. med. Woch. 1910. 20.)

Demonstration eines neuen Winkelmessers, der gestattet, alle Winkel von 0—180° an, an der konkaven und konvexen Seite zu messen. Auch Rotationswinkel lassen sich bestimmen. (Lieferant Katsch, München.)

99) **v. Baeyer.** Aerztl. Verein München. 9. II. 10. (Münch. med. Woch. 1910. 20.)

Vortr. demonstriert einen Pendelstab, der das Ueben mit Hanteln einfacher und besser dosierbar gestalten soll. Lieferant: Stortz u. Raisig, München.

100) **Riether.** Gesellsch. für innere Medizin u. Kinderheilkunde zu Wien. 3. II. 1910. (Berl. klin. Woch. 1910. 9.)

2 Monate altes Kind mit einem Defekt der 5. u. 6. linken Rippe; ferner ist die 9. Rippe verdoppelt, der 7. u. 8. Brustwirbel ist gespalten.

101) **R. Fischl.** Verein deutscher Aerzte in Prag. 21. I. 10. (Berl. klin. Woch. 1910. 9.)

Ueber die lordotische Albuminurie.

F. räumt mit Jehle dem mechanischen Einfluss der Lordose eine wichtige Rolle ein. Da aber nicht jedes Kind mit Lordose Albuminurie hat, müssen noch andere Faktoren eine Rolle spielen. F. schlägt darum den Namen „lordotische Dispositionsalbuminurie“ vor. Den Ausgang in Schrumpfniere hält er nach seinen Beobachtungen und Experimenten an Kaninchen für durchaus möglich.

Durch ein Hessingkorsett konnte die Eiweissausscheidung im Gehen und Stehen beseitigt werden, Uebungen sollen die Rückenmuskeln stärken.

102) **Ziesché.** Breslauer chir. Gesellsch. 14. III. 10. (Berl. klin. Woch. 1910. 16.)

38 j. Frau mit Spondylitis gummosa der Halswirbelsäule. Seit mehreren Jahren wegen Lues behandelt. Spondylitiserscheinungen am Halse, Paraesthesien und Schwäche im rechten Arm und Bein, Halsschmerzen, Schlingbeschwerden. Hustenreiz. Ulcus am Rachen. Röntgenbild ergibt Sequester im II. Halswirbel. Aufhellungen im III. Halswirbel. Da trotz Jodkali, Hg. und Glissonscher Schlinge Eiterung, Husten und Schmerzen andauern, wird Sequester aus dem II. Halswirbel entfernt. Besserung, aber Gibbusbildung, da der III. Halswirbel sich gänzlich aus dem Zusammenhang mit der Umgebung gelöst hat 8 Tage später wird der ganze Körper des III. Halswirbels ausgeworfen. Dann legt Ludloff den Schanz'schen Watteverband an, worauf die Heilung rasch fortschreitet. Nach 3 Monaten kann Pat. den Kopf frei tragen und vorsichtig bewegen. Mit Stützapparat entlassen. Ludloff lobt die gute Extensionswirkung des Schanzschen Verbandes, das Aufhören der Beschwerden und das Fehlen jeder Decubitusbildung.

103) **Fischer.** Aerztl. Verein zu Frankfurt a. M. 7. III. 10. (Münch. med. Woch. 1910. 20.)

15 j. Knabe, dessen schwere Lähmungen nach Schmierkur völlig zurückgegangen sind. Bei der Sektion fand sich fingerdicke Induration der Dura spinalis, völlig für Syphilis sprechend. Dagegen ergibt aber die mikroskopische Untersuchung Pachymeningitis externa tuberculosa. Der Knabe war an multipler Tuberkulose der inneren Organe und Amyloid der Milz und Nieren zu Grunde gegangen.

Rotschild, der den Jungen früher in Behandlung gehabt hat, bestätigt, dass er ihn mit einer Schmierkur von einer früheren Lähmung ebenfalls befreit hat.

104) **Guradze.** Verein der Aerzte Wiesbadens 2. II. 10. (Berl. klin. Woch. 1910. 11.)

Demonstration von Rückenstützapparaten unter Betonung der Notwendigkeit einer individualisierenden Behandlung.

Korsetts für runden Rücken, Spondylitis und Skoliose, mit und ohne Pelotten und Kopfstützen. Für die Nacht gibt G. Gipsbetten oder Lederbetten, über Modell gearbeitet.

Amson behandelt runde Rücken und leichte Skoliosen ohne Korsett, schwere dagegen mit einem solchen nach vorheriger Mobilisierung.

105) **Stein.** Verein d. Aerzte Wiesbadens. 4. V. 10. (Berl. klin. Woch. 1910. 22.)

Angeborener Schulterblatthochstand bei einem 12 j. Kinde mit spinaler Kinderlähmung. Aetiologie: falsche Lage des Arms in utero (Sprengel) Die vorgeschlagenen Operationen sind nicht zu empfehlen, weil sie keinen grossen Erfolg haben. Jedenfalls kann man durch rein orthopädische Massnahmen gleiche, wenn nicht bessere Resultate erzielen.

Plessner fragt, ob es sich hier nicht um eine Epiphysentrennung intra partum handle, worauf Stein erwidert, dass der angeb. Schulterblatthochstand doch mit einer Epiphysenlösung des Humerus nichts zu tun habe.

106) **Stintzing.** Naturwissensch. mediz. Gesellschaft zu Jena 10. II. 10. (Münch. med. Woch. 1910. 19.)

Ein 50 j. landwirtschaftl. Arbeiter wurde vor 2½ Monaten von einer Kuh umgerannt. Bewusstlosigkeit, Lähmung beider Arme und Beine, die bald wieder verschwand. Es blieb eine Erb'sche Lähmung zurück (Deltamuskel, Biceps, brachialis int., supinator longus, Schulterblattmuskeln atrophisch). Hier liegt nicht Druck oder Zerrung des Plexus vor, sondern Läsion im rechten Vorderhorn des 4.—5. Zervikalsegmentes, wahrscheinlich Hämatomyelie.

107) **Küttner.** Breslauer chir. Gesellschaft. 14. III. 10. (Berl. klin. Woch. 1910. 16.)

6. j. Kind mit Skapularkrachen; als Ursache desselben wurde eine kartilaginäre Exostose an der Innenfläche des unteren Scapulawinkels gefunden. Resektion.

108) **Johnson.** Chir. Gesellsch. in New-York 24. XI. 09. (Rev. de chir. 1910. 4.)

63 jährige Frau mit Fraktur des Collum anatomicum humeri und Luxation des Kopfes in die Achselhöhle. (Röntgenbild.) Extraktion des Kopfes. Heilung.

Ellsworth Eliot berichtet über 2 ähnliche Fälle, wo ebenfalls der Kopf entfernt wurde. Es ist schwierig, die Diaphyse in der Gelenkpfanne zu halten. Das Endresultat war in beiden Fällen überraschend gut.



109) **Guinard.** Soc. des sciences médicales de St. Étienne. (Rev. de chir. 1910. 4.)

Nachdem eine komplizierte Humerusfraktur trotz 2 monatiger Immobilisation der Fragmente noch nicht geheilt war, wurde die Pseudarthrose angefrischt, mit einem Rinderknochen verbolzt und ausserdem noch von aussen durch Klammern fixiert. Gipsverband, normale Heilung.

110) **Lexer.** Verein f. wissenschaftl. Heilkunde in Königsberg i. Pr. 7. III. 10. (Berl. klin. Woch. 1910. 14.)

9 j. Kind mit ischämischer Vorderarmkontraktur, durch Gipsverband nach Fraktur entstanden. Knochenverkürzung hatte mangelhaftes Resultat, daher Durchtrennung aller Beugesehnen und Einschaltung von Sehnenstücken eines frisch amputierten Fusses. Die Hand kann ganz gut bewegt werden.

111) **Gayet.** Société de chir. de Lyon 17. II. 10. (Revue de chir. 1910. 4.)

Mädchen mit Madelungscher Deformität, zurückzuführen auf eine Verletzung des Handgelenks im 8. Lebensjahre. Das Röntgenbild zeigt neben einer Kompressionsfraktur der Radiusepiphyse eine Dislokation des Navikulare und lunatum, ferner eine teilweise Zerstörung der Epiphysenlinie. G. schlägt die Resektion des Handgelenks vor.

112) **Ludloff.** Schlesische Gesellsch. f. vaterländ. Kultur zu Breslau 4. III. 10. (Berl. klin Woch. 1910. 15.)

30 jähr. Artist mit Navikularbruch an der einen, Navikularluxation an der anderen Hand; entstanden durch Fall aus 9 m Höhe. Die Luxation wurde durch Röntgenaufnahme festgestellt; bisher noch nicht beobachtet. Da unblutige Reposition nicht gelang, wurde von der Volarseite her das Navikulare freigelegt, als verdreht befunden und nach Durchschneidung aller Bänder unter grossen Schwierigkeiten in seine richtige Lage gebracht. Es ist reaktionslos eingeheilt. Funktion des Handgelenks fast völlig normal.

Die später aufgenommenen Röntgenbilder zeigen an dem intensiveren Schatten, den das Navikulare gibt, dass es noch nicht normal ernährt wird.

113) **Couteaud.** Soc. de médecine militaire française de Paris 21. IV. 10. (Gazette des hôpitaux 1910. 50.)

Beim Mähen wurde einem Manne, ausser einem grossen Substanzverlust der Haut des Handrückens, die Sehne des Mittelfingers um $2^1/_2$ cm mitgerissen und der III. Mittelhandknochen durchtrennt. Es wurde die halbe Strecksehne des Zeigefingers auf das distale Ende der Mittelfingersehne überpflanzt. Nach einem Monat normale Gebrauchsfähigkeit der Hand.

114) **Lexer.** Verein f. wissenschaftl. Heilkunde in Königsberg i. Pr. 7. III. 10. (Berl. klin. Woch. 1910. 14.)

Frau mit Sehnenscheidenentzündung der Flexoren der rechten Hand. Kleine Inzisionen und Stauungshyperaemie. Schon nach 5 Tagen Anfang mit Bewegungen. Gutes Resultat. Schlechte Bewegungsfähigkeit ist immer auf schlechtes Ueben zurückzuführen.

115) **Biebergell.** Ges. d. Charitéärzte in Berlin 18. XI. 09. (Berl. klin. Woch. 1910. 10.)

Ein $^3/_4$ jähriges Kind war mit einem stark vergrösserten Zeige- und Mittelfinger der linken Hand zur Welt gekommen (partieller Riesenwuchs).

Da der Mittelfinger schnell wuchs und die Funktion der Hand störte, wurde er exartikuliert. Es handelte sich um wahren Riesenwuchs: neben dem Knochen war namentlich das Fettgewebe gewuchert. Die Knochenkerne an den Epiphysen sind wohl ausgebildet, diese selbst verbreitert, ebenso die Epiphysenlinie. Es scheint sich um eine Steigerung der endochondralen Ossifikation zu handeln.

116) **Hinterstoisser.** K. K. Ges. d. Aerzte zu Wien. 8. IV. 10. (Berl. klin. Woch. 1910. 20.)

Mädchen mit angeborenem Riesenwuchs des rechten Zeige- und Mittelfingers. Die Hyperplasie erstreckt sich auf Knochen und Weichteile und betrifft nicht nur die Finger, sondern auch die dazugehörige Mittelhand.

117) **Grossmann.** Gesellsch. f. Geburtshilfe u. Gynäkologie in Berlin. 12. XI. 1909. (D. med. Woch. 1910. 14.)

Neugeborener Zwilling mit völliger Syndaktylie des II. — V. Fingers der rechten Hand und gleichzeitig Defekt der rechten Thoraxhälfte, der in Form und Grösse der rechten Hand entspricht. Es scheint sich um pathologische Anlagerung der Hand an die Brustwand gehandelt zu haben. (Raumbeschränkung in utero). Der zweite Zwilling war normal.

Wolff I glaubt, dass die Aetiologie der Missbildung nicht rein mechanischer Natur sei. Sein Vater habe einen ähnlichen Fall beschrieben und gemeinsame innere Ursachen für wahrscheinlich angenommen.

118) **Déjerine u. Ferry.** Société de neurologie. 12. V. 10. (Gazette des hôpitaux 1910. 58.)

18 j. Patientin mit Beugekontraktur des Mittelfingers, der im Alter von 3 Jahren gequetscht worden ist. Vor 2 Jahren fiel der Nagel ab; das dort entstehende Narbenkeloid wird als Ursache der Kontraktur angesehen. — In Schlaf und Narkose verschwindet dieselbe.

119) **Wrede.** Verein f. wissenschaftl. Heilkunde in Königsberg i. Pr. 7. III. 10. (Berl. klin. Woch. 1910. 14.)

Frau mit spontaner Zerreissung des ganzen Beckens; Symphyse und beide Hüftgelenke sind zersprengt, die Oberschenkel luxiert; das Kreuzbein ist stark nach vorn gerückt. Am l. Oberschenkel Abscess. Es liegt Tabes vor. Es kommt nur Nahtvereinigung des Beckengürtels in Betracht.

120) **Ludloff.** Breslauer chir. Gesellschaft. 14. III. 10. (Berl. klin. Woch. 1910. 16.)

Röntgenbilder von Coxa vara congenita zeigen alle, dass die Epiphysenfuge, die bei C. v. adolescentium als verbreitert zwischen Kopf und Hals zu sehen ist, in diesem Falle mehr nach dem Schenkelhals zu verschoben ist; ein Fall zeigt die Fuge ganz nahe der Linea intertrochanterica, so dass ein Schenkelhals überhaupt nicht vorhanden ist. Klinisch täuschte dieser Fall ganz das Bild der Hüftluxation vor. Bei einer Operation zeigte sich, dass von einer abnormen Spaltbildung an der im Röntgenbild sichtbaren Lücke keine Rede war, sondern dass eine Epiphysenfuge vorlag, wie man sie auch am Knie zu sehen gewohnt ist.

Drehmann kann sich der Hoffa'schen Ansicht, dass die Spaltbildung am Schenkelhalse die dislozierte Epiphysenlinie ist, nicht anschliessen. Er hält diese Fälle für angeborene Femurdefektbildungen.



121) **Niederstein.** Aerztl. Verein zu Essen-Ruhr 22. II. 10. (Berl. klin. Woch. 1910. 13.)

Junger Mann bot nach Fall von 2½ m Höhe das typische Bild der Coxa vara. Da die neueste Anschauung dahin geht, dass bei Nachweis eines noch so geringfügigen Traumas eine Coxa vara traumatica stets als vorliegend zu betrachten ist, so hat Pat. Unfallrente zu beanspruchen.

Hirtz glaubt, dass die Coxa vara sui generis stets auf eine Konstitutionsanomalie zurückzuführen sei (schwache Knochen-Knorpelfuge). Diese Fälle seien von der traumatischen C. v. zu trennen.

Morian hält den Fall für eine deformierende Arthritis nach Schenkelhalsfraktur.

122) **Springer.** Verein deutscher Aerzte in Prag 7. I. 10. (Berl. klin. Woch. 1910. 7.)

Bericht über 113 Fälle unblutig reponierter angeborener Hüftverrenkungen. Stellung des Beines im Verband: 90° Abduktion und Flexion. Auf die funktionelle Belastung verzichtet Sp., da die Pfanne doch nicht vertieft werden kann. Die Reposition bleibt infolge der Kontraktur der Weichteile, bis sich in 1—2 Jahren eine neue Pfanne gebildet hat. Die Abduktion über die Frontalebene hinaus unterlässt Sp. wegen der Gefahr der Transposition nach vorn. Bei Gelenken mit schlechtem Halt wendet er stärkere Flexion eventuell die axillare Einstellung an, zieht auch u. U. den gesunden Oberschenkel in den Verband ein. Der Verband bleibt 5—6 Monate liegen, die primäre Stellung wird nicht geändert, um die Weichteilkontraktur nicht zu beeinträchtigen. Eben deswegen unterlässt er auch nach dem Verband passive Mobilisationen. Nur wenn die Kontrakturen 5—6 Monate bestehen, behandelt er sie. Zeitpunkt der Operation 2½—5 Jahre am besten; doppelseitige Luxationen werden unter 5 Jahren einzeitig, später in langem Intervall operiert. Resultate: Bei einseitigen Luxationen in 87,5%, bei doppelseitigen in 70% komplete Heilung.

123) **Küttner.** Schlesische Gesellsch. f. vaterländ. Kultur in Breslau 4. III. 10. (Berl. klin. Woch. 1910. 14.)

Bei einem 31 jährigen Mann wurde wegen Sarkom das obere Drittel des Femur samt Hüftgelenk reseziert und durch ein ähnliches aus der Leiche entferntes Hüftgelenk ersetzt. (11 Stunden post mortem entnommen.) Glatter Heilungsverlauf. — Das Endresultat bleibt abzuwarten.

124) **Mathews.** Chir. Ges. in New-York 8. XII. 1909. (Rev. de chir. 1910. 5.)

55 jährige Frau, hat vor 23 Jahren eine Femurfraktur erlitten, hatte wegen Pseudarthrose eine Operation ohne Erfolg durchgemacht, dann 5—6 Jahre lang einen Apparat getragen; jetzt besteht die Pseudarthrose noch bei einer Verkürzung von 10 cm. Trotzdem macht die Frau lange Märsche ohne Krücken und ohne Apparat.

125) **Goldstein.** Verein f. wissenschaftl. Heilkunde in Königsberg i. Pr. 7. III. 10. (Berl. klin. Woch. 1910 14.)

Aeltere Frau, bei der seit 3 Jahren intermittierendes Hinken neben Herzerscheinungen, Schwindel, Paraesthesien besteht. Nachweisbar ist eine Aortitis luetica.



126) **Gangolphe.** Société de chir. de Lyon 3. II. 10. (Rev. de chir. 1910. 4.)

15 jähriger Junge erlitt nach einem Fehltritt eine Spontanfraktur des Femurhalses. (Durch Röntgenbild festgestellt.) Heilung in Wasserglasverbänden.

127) **Drehmann.** Breslauer chir. Gesellschaft. 10. I. 10. (Berl. klin. Woch. 1910. 7.)

D. empfiehlt zur Behandlung der Oberschenkelfrakturen bei Neugeborenen die Anbandagierung des verletzten Beines an den Rumpf. V. warnt vor Verband in Streckstellung, da schwere Dislokationen unvermeidlich seien. Er selbst benutzt einen einfachen Bradfordschen Rahmen, der der Grösse des Kindes entspricht. An einem senkrecht darauf stehenden Bügel wird das Bein in rechtwinkliger Beugestellung extendiert. So kann das Kind bequem gereinigt und getragen werden.

128) **Gretschel.** Breslauer chir. Gesellschaft 14. II. 10. (Berl. klin. Woch. 1910. 11.)

Zwei Fälle von Kniegelenksankylose in rechtwinkliger Stellung, nach Osteomyelitis und Tuberkulose entstanden. Nach offener Durchtrennung der Beuger wird das untere Femurkondylenende bogenförmig abgetragen und entsprechend auch die Tibia angefrischt (Helferich). In beiden Fällen ergab die Nachuntersuchung starke Verkürzung, Zerstörung der Epiphysenlinie, in einem Fall hatte sich auch wieder eine Beugekontraktur herausgebildet.

Küttner ist bei den osteomyelitischen Affektionen des Kniegelenks mit den Resektionen nicht zufrieden, lange Fisteleiterungen sind zu fürchten.

Drehmann macht auf die viel besseren Erfolge der einfachen paraartikulären Korrektur aufmerksam (keine Wachstumsverkürzung, kein Wiedereintritt der Beugekontraktur.)

129) **Drehmann.** Breslauer chir. Gesellsch. 10. I. 10. (Berl. klin. Woch. 1910. 7.)

Bei einem 15 j. Knaben, war nach einer im 8. Jahr ausgeführten Kniegelenksresektion eine rechtwinklige knöcherne Ankylose entstanden. Durch Osteotomie der Tibia u. Fibula sowie des Femur wurde die Verkrümmung völlig beseitigt. D. empfiehlt diese paraartikuläre Korrektur schwerer Flexionsankylosen. Die Operation ist jedoch nur bei völliger Ankylose am Platze.

Diskussion.

Goebel hat bei spitzwinkliger Kontraktur mit etwas Beweglichkeit eine Keilosteotomie des Femur dicht oberhalb der Condylen vorgenommen und volle Korrektion erreicht.

130) **Menne.** Aerztl. Verein zu Essen-Ruhr. 25. I. 1910. (Berl. klin. Woch. 1910. 11.)

23 j. Mann mit Haemophilieanamnese bekam nach Fehltritt Schmerz und Erguss ins Kniegelenk. Langsame Versteifung und Verdickung der Gelenkgegend. Pirquet negativ. Daher keine Tuberkulose. M. glaubt an ein Blutergelenk. Beh.: vorsichtige Extension und Massage. **Ewald**-Hamburg.

131) **Lexer.** Verein für wissenschaftl. Heilkunde in Königsberg i. Pr. 7. III. 10. (Berl. klin. Woch. 1910. 14.)

Ein 25 j. Student hatte sich beim Tanzen eine Zerreissung der inneren Kniebänder zugezogen. Gipsverband ohne Erfolg. Ein Teil der Rektussehne wurde frei auf die Kapsel aufgenäht vom Condylus int. bis herab auf die Tibia und bildet so ein festes Band.

132) **Lexer.** Verein f. wissenschaftl. Heilkunde in Königsberg i. Pr. 7. III. 10. (Berl. klin. Woch. 1910. 14.)

L. hat zuerst 1907 die Achillessehne als Kreuzbänder des Kniegelenks verpflanzt. Keine Feststellung im Gipsverband, dagegen frühzeitiges Ueben gewährleistet gute Beweglichkeit.

133) **Drehmann.** Breslauer chir. Gesellsch. 10. I. 10. (Berl. klin. Woch. 1910. 7.)

Ein 13 j. erblindeter Knabe leidet seit frühester Kindheit an einer habituellen Patellarluxation des rechten Beines. Bei jeder Bewegung — auch im Liegen — luxiert die Kniescheibe nach aussen. Die Ursache lag in einer Verbiegung des Oberschenkels nach hinten und in einer starken Torsion. Durch Osteotomie des Femur wurde die Verbiegung ausgeglichen; Erfolg sehr gut.

134) **Menne.** Aerztl. Verein zu Essen-Ruhr. 25. I. 1910. (Berl. klin. Woch. 1910. 11.)

15 j. Junge mit Verdickung der Tuberositas tibiae, seit 1—2 Monaten Schmerzen, kein Trauma, aber viel geturnt. Röntgenaufnahme ergibt Bild, das grosse Aehnlichkeit hat mit einem Abriss am schnabelförmigen Fortsatz der oberen Tibiaepiphyse. M. nimmt einen Einriss an. Ther.: Ruhelagerung, ev. Heftpflasterverband.

Croce und Morian glauben nicht an Trauma, sondern halten die Erkrankung für eine Wachstumsstörung.

135) **Léri.** Société de neurologie 14. IV. 10. (Gazette des hôpitaux 1910. 47.

Eine isolierte Säbelscheidenverbiegung des oberen Tibiaendes hält L. für einen Ausdruck der Pagetschen Krankheit.

136) **Lexer.** Verein f. wissenschaftl. Heilkunde in Königsberg i. Pr. 7. III. 10. (Berl. klin. Woch. 1910. 14.)

Bei Bandzerreissung bei Malleolarfraktur wurde eine Sehne frei auf die Kapsel aufgenäht, um das Lig. deltoideum zu ersetzen. Guter Erfolg.

137) **Krumbein.** Berl. militärärztl. Gesellsch. 21. I. 1910. (Berl. klin. Woch. 1910. 7.)

Behandlung der Mittelfussknochenbrüche mit der Klebrollbinde.

In 51 Fällen hat sich die von v. Heuss angegebene Klebrollbinde, die ein sofortiges Umhergehen erlaubt, bewährt. Sie ist einfacher und haltbarer als der Heftpflasterverband. In 20 Tagen Heilung, nur einmal ein Rezidiv.

138) **Destot.** Société de chir. de Lyon 17. II. 10. (Revue de chir. 1910. 4.)

Der schmerzhafte Plattfuss kommt zustande durch ein Hinabsinken des Talus. Im Laufe der Zeit kommt es zur Exostosenbildung im Talonavikulargelenk. Da diese Exostosen erst spät erscheinen, kann man daraus auf das Alter der Läsion schliessen.

139) **Ahrens.** Verein d. Aerzte Wiesbadens 16. II. 10. (Berl. klin. Woch. 13. 1910.)

Demonstration zweier durch Sehnentransplantation geheilter Fälle von schwerem fixierten Plattfuss.

140) **Peltesohn.** Berl. med. Gesellschaft. 9. II. 10. (Berlin. klin. Woch. 1910. 8.)

24 j. Mädchen, das am ganzen Körper ausser dem Kopf Exostosen aufweist. Keine Heredität, im 3. Jahr entsta den, seit 6 Jahren ca. Aufhören der weiteren Exostosenbildung. Am oberen Ende der linken Fibula findet sich ein



kleinapfelgrosser Tumor. Dieser hat den nervus peroneus gelähmt, weshalb sich links ein paralytischer Klumpfuss ausgebildet hat. Es soll versucht werden, den Nerven durch Beseitigung der Exostose freizulegen. Nebenher wird eine Korrektion des Klumpfusses gehen.

141) **Ludloff.** Breslauer chir. Gesellschaft. 14. III. 10. (Berl. klin. Woch. 1910. 16.)

Ein Hallux valgus war so hochgradig, dass die Phalangen rechtwinklig auf dem I. Metatarsale standen und nach oben und nach der Seite luxiert waren. An der medialen Seite eine starke Exostose mit entzündetem Schleimbeutel Operation: Entfernung der Exostose, Verlängerung der Sehne des Extensor hallucis und Ueberpflanzung des medialen Zipfels auf den medialen Rand der Basis der Grundphalanx; ausserdem Osteotomie des Metatarsus. Wesentliche Besserung der Stellung der Grosszehe. Ueber das funktionelle Resultat ist noch nichts zu sagen.

Drehmann begnügt sich mit der Abmeisselung der Exostose, die er mit gutem Erfolge angewandt hat. (Referate 81 bis 141 **Ewald**-Hamburg.



Posttraumatische Ostitis navicularis carpi. — 56) **Sievert**, Volarluxationsstellung des Radiokarpalgelenks. — 57) **Dreifuss**, Angeborener Riesenwuchs des Zeigefingers. — 58) **de Frenelle**, Apparat zur Extensionsbehandlung der Fingerfrakturen. — 59) **Riedinger**, Paralytische Luxation des Oberschenkels. — 60) **Coville**, Doppelseitige Hüftluxation. — 61) **Gourdon**, Anatomische Ursachen der Reluxation. — 62) **Waldenström**, Der obere tuberkulöse Collumherd. — 63) **Lauchmann**, Coxa vara. — 64) **Erb**, Intermittierendes Hinken. — 65) **Ridlon**, Femurfraktur im oberen Drittel. — 66) **Katzenstein**, Periost-Knochentransplantation. — 67) **Zesas**, Pathologie der Kniescheibe. — 68) **Chevrier**, Hämarthrose des Knies. — 69) **Kofmann**, Kongenitaler Fibuladefekt. — 70) **Grunert**, Indirekte Frakturen des Fibulaschaftes. — 71) **Ewald**, Luxation im Lisfranc'schen Gelenk. — 72) **Mannino**, Astragalektomie. — 73) **Sarazin**, Entstehung und Behandlung des Calcaneusspornes. — 74) **Peltesohn**, Pes calcaneus traumaticus. — 75) **Williams**, Statistische Mitteilungen über Fussbeschwerden. — 76) **Orr**, Plattfuss und Fussmuskeln. — 77) **Riedl**, Operation des Plattfusses nach Gleich-Brenner. — 78) **Bartow**, Tarsushöhlung bei schwerem Klumpfuss. — 79) **Bradford**, Korrektur des Klumpfusses. — 80) **Tunstall**, Schiene bei Spitzklumpfuss.

Aus Kongress- und Vereinsberichten: 81) III. internationaler Kongress der Physiotherapie in Paris (29. März bis 2. April 1910). — 82) **Peltesohn**, Ungewöhnliche Form von Wachstumsstörung. — 83) **Maiers**, Osteopsathyrosis idiopathica. — 84) **Wohlauer**, Knochenarchitektur bei Rhachitis. — 85) **Carnot** und **Havu**, Einfluss des Adrenalins auf die Knochenbildung. — 86) **Quénu** und **Barbier**, Tödliche Lungenembolien im Anschluss an Frakturen. — 87) **Klaaske**, Multiple Exostosenbildung. — 88) **Vignard**, Plombierung bei Gelenktuberkulose. — 89) **Vallas**, Jodoformplombe. — 90) **Anton**, Fertigkeit einzelne Muskeln isoliert zur Kontraktion zu bringen. — 91) **Ludloff**, Hypotonie der Muskeln. — 92) **Krause**, Rheinisch-westphälische Epidemie von akuter Kinderlähmung. — 93) **Bonhoff**, Erreger der Poliomyelitis. — 94) **Kramer**, Kinderlähmung. — 95) **Stein**, Polyneuritis. — 96) **Kirmisson**, Littlesche Krankheit. — 97) **Küttner**, Förstersche Operationen. — 98) **v. Baeyer**, Neuer Winkelmesser. — 99) **v. Baeyer**, Pendelstab. — 100) **Riether**, Defekt der 5. und 6. linken Rippe. — 101) **Fischl**, Ueber die lordotische Albuminurie. — 102) **Ziesché**, Spondylitis gummosa. — 103) **Fischer**, Pachymeningitis externa tuberculosa. — 104) **Guradze**, Rückenstützapparate. — 105) **Stein**, Angeborener Schulterblatthochstand. — 106) **Stintzing**, Erb'sche Lähmung. — 107) **Küttner**, Skapularkrachen. — 108) **Johnson**, Fraktur des Collum anatomicum humeri. — 109) **Guinard**, Anfrischung der Pseudarthrose. — 110) **Lexer**, Ischämische Vorderarmkontraktur. — 111) **Gayet**, Madelungsche Deformität. — 112) **Ludloff**, Navicularbruch. — 113) **Couteaud**, Substanzverlust der Haut des Handrückens. — 114) **Lexer**, Sehnenscheidenentzündung. — 115) **Biebergeil**, Partieller Riesenwuchs. — 116) **Hinterstoisser**, Angeborener Riesenwuchs. — 117) **Grossmann**, Syndaktylie. — 118) **Déjerine** u. **Ferry**, Beugekontraktur des Mittelfingers. — 119) **Wrede**, Spontane Zerreissung des ganzen Beckens. — 120) **Ludloff**, Coxa vara congenita. — 121) **Niederstein**, Coxa vara. — 122) **Springer**, Unblutig reponierte angeborene Hüftverrenkung. — 123) **Küttner**, Ersatz des Hüftgelenks. — 124) **Mathews**, Femurfraktur. — 125) **Goldstein**, Intermittierendes Hinken. — 126) **Gangolphe**, Spontanfraktur des Femurhalses. — 127) **Drehmann**, Oberschenkelfrakturen bei Neugeborenen. — 128) **Gretschel**, Kniegelenksankylose. — 129) **Drehmann**, Paraartikuläre Korrektur schwerer Flexionsankylosen. — 130) **Menne**, Blutergelenk. — 131) **Lexer**, Zerreissung der inneren Kniebänder. — 132) **Lexer**, Achillessehne als Kreuzbänder des Kniegelenks. — 133) **Drehmann**, Habituelle Patellarluxation. — 134) **Menne**, Verdickung der Tuberositas tibiae. — 135) **Léri**, Pagetsche Krankheit. — 136) **Lexer**, Bandzerreissung bei Malleolarfraktur. — 137) **Krumbein**, Behandlung der Mittelfussknochenbrüche mit der Klebrollbinde. — 138) **Destot**, Schmerzhafter Plattfuss. — 139) **Ahrens**, Sehnentransplantation bei Plattfuss. — 140) **Peltesohn**, Exostosen. — 141) **Ludloff**, Hallux valgus.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. Dr. **O. Vulpius** in Heidelberg, Luisenstr. 1—3, oder an die Verlagsbuchhandlung **S. Karger** in Berlin NW 6, Karlstr. 15, einsenden.



Zentralblatt
für
Chirurgische und mechanische Orthopädie
einschliesslich der gesamten Heilgymnastik und Massage.

Redigiert von
Prof. Dr. O. Vulpius
in Heidelberg.

Verlag von
S. Karger in Berlin
NW., Karlstrasse 15.

Monatlich erscheint ein Heft im Umfang von 48 Seiten. Preis des Jahrgangs Mk. 15,—. Zu beziehen durch die Post und durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes.

Bd. IV. Dezember 1910. Heft 12.

Modifikation der Bayer'schen plastischen Achillotomie

von
Dr. C. HÜBSCHER,
Dozent in Basel.

Die ausgezeichnete plastische Verlängerung der Achillessehne auf subkutanem Wege nach Bayer ist wohl allgemein bekannt und das Verfahren wird sich in den Händen der meisten Orthopäden bewährt haben. Trotzdem erlaube ich mir, eine Modifikation desselben zu beschreiben, die ich in den letzten Tagen erprobt habe:

1) Die Lanzenspitze meines Tenotoms (Fig. 1) wird im unteren Teil der Sehne genau in der Mittellinie mit quergestellter Schneide eingestochen und Haut samt Sehne in anteroposteriorer Richtung durchtrennt. (Einstich bei a Fig. 2.) Die auf dem Durchschnitt dargestellte dreieckige Sehnenwunde der Fig. 3 wird durch Senken der Lanze nach links und nach rechts (Fig. 4) zu einer parallelen Durchtrennung des mittleren Sehnendrittels vervollständigt.

2) Zweiter Hautstich mit der Lanze vertikal in der Sehnenmitte oben. Umkehren des Instrumentes und Einschieben der flach-

1) Bayer. Eine Vereinfachung der plastischen Achillotomie. Zentralbl. f. Chir. 1901, Nr. 2.

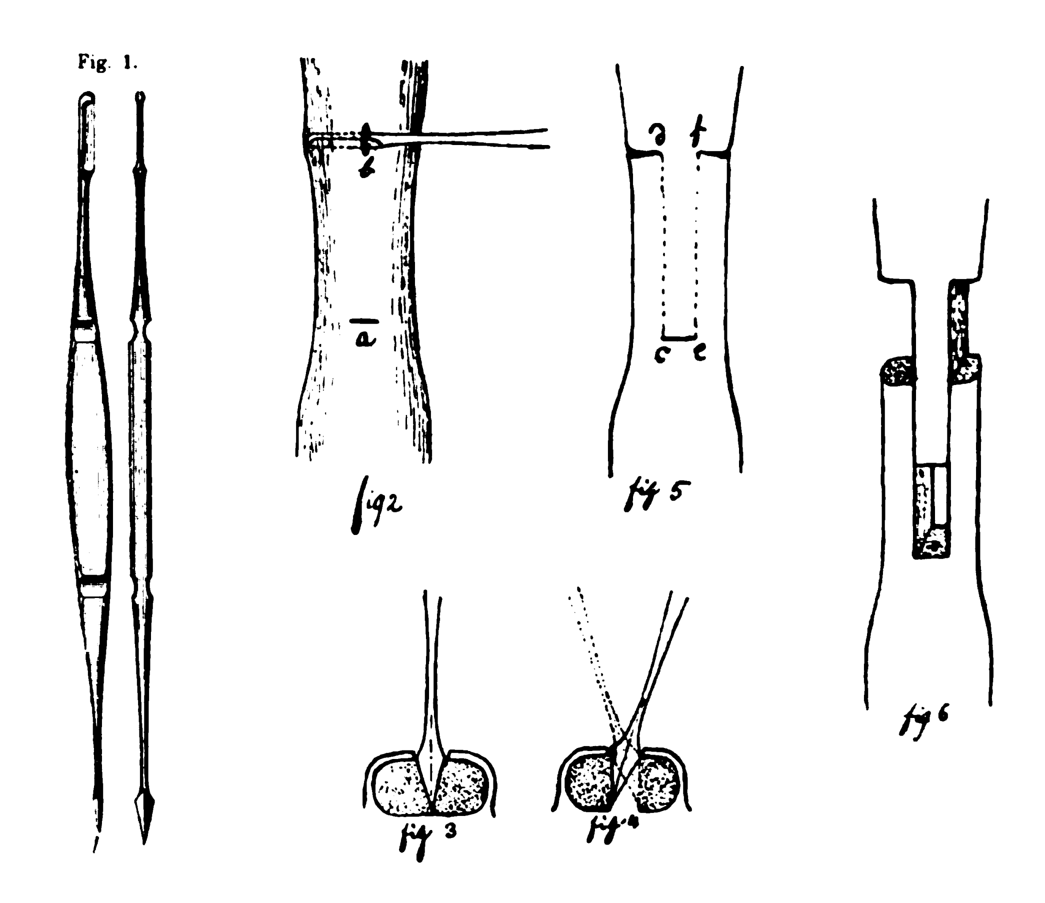
2) Hübscher. Zur plastischen Achillotomie nach Bayer. Ein einfaches Tenotom. Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. XV. S. 86. Das Tenotom ist bei Stille, Stockholm, erhältlich.

Seit der ersten Op. vom 20. Sept. 1910 habe ich die gleiche Verlängerung 8 mal vorgenommen; der Knabe geht mit tadellos geheilter Sehne.



gehaltenen gedeckten Klinge bis zum Rand der Sehne (Fig. 2 b). Hierauf Aufstellen des Messerchens unter Verschieben der Hautwunde, Drehen desselben auf die Schneide und Durchtrennen des linken Drittels der Sehne in anteroposteriorer Richtung. Auf gleiche Weise Einschieben des Messerchens nach rechts und Durchtrennung des rechten Sehnendrittels.

3) Bei etwas forzierter Dorsalflexion platzt das Sehnengefüge in den punktierten Linien c-d und e-f der Fig. 5 auseinander und es



entsteht das Bild der Fig. 6 samt der entsprechenden Verlängerung der Sehne.

Die Dauer der plastischen Achillotomie wird durch die Modifikation vielleicht um 2—3 Sekunden verlängert. Die Ausführung ist eine überaus leichte; selbstverständlich kann zur Durchtrennung des unteren Sehnendrittels jede schmale Klinge verwendet werden.

Die Vorteile dieses Verfahrens liegen darin, dass die Verlängerung der Sehne eine genau symmetrische ist, was für die Beanspruchung derselben auf Zug gewiss wünschbar ist.

Ferner erzeugen wir 6 quergestellte und 4 längsverlaufende



Sehnenwunden, von welchen aus die Kallusbildung und die Verwachsung vor sich zu gehen hat. Ich erwarte daher eine raschere Heilung, als bei der einfachen Z förmigen Plastik; ferner hoffe ich auf das sichere Ausbleiben der unangenehmen Ueberkorrektion, die besonders bei spastischen Spitzfüssen etwa einmal eintritt.

Zur Ausführung des kleinen Eingriffes eignen sich erst Sehnen von einer gewissen Breite, die bei Kindern etwa im 3.—4. Jahre erreicht wird.

F. Scholz. Grundriss der Mechanotherapie (Massage und Gymnastik). Für Studierende und Aerzte. Mit einem Vorwort von Geh. Rat Brieger und 37 Abbildungen im Text. (Jena 1910. G. Fischer. Preis 4 Mark.)

Kein Zweifel, dass ein Buch wie das vorliegende einem Bedürfnis entspricht. Ist es doch das einzige, welches in der von dem Studierenden wie dem praktischen Arzt geforderten Kürze Massage und Gymnastik gleichmässig behandelt. Alles auf diesen beiden Gebieten wesentliche Wissen und Können zusammenzubringen und kurz, deutlich und nicht trocken vorzutragen, dazu gehört nicht nur ein wissenschaftlich und litterarisch fleissiger, sondern vor allem ein Arzt mit reicher eigener Erfahrung. Dass in dem Autor ein solcher sich gefunden hat, ist für die fortschreitende Würdigung der Mechanotherapie gewiss von grossem Nutzen.

Auf ein kurzes Geleitwort von Brieger, unter dessen Leitung Verf. gearbeitet hat, und auf eine knappe historische Einleitung folgt der allgemeine Teil, der die physiologischen Wirkungen beider Disciplinen, die Massagehandgriffe, die einzelnen Formen der Gymnastik schildert. Die Massagetechnik dürfte nach meinem Empfinden etwas eingehender dargestellt sein.

Es wäre vielleicht auch nützlich, wenn hier auf die für den Anfänger typischen Fehler bei den einzelnen Manipulationen hingewiesen würde. Speziell hinsichtlich der Technik des „Reibens" ist wohl die Vorschrift irrig, dass „die kleinen Bewegungen hauptsächlich im Fingergrundgelenk" ausgeführt werden sollen, während richtiger Ellbogen und Schultergelenk hierfür in Betracht kommen. Freilich holt der spezielle Teil vieles nach, indem hier die Technik der Massage und Gymnastik für die einzelnen Körperteile nochmals besprochen wird. Der dritte Hauptabschnitt endlich umfasst die Mechanotherapie in der Praxis: Anzeigen und Gegenanzeigen,



Mechanotherapie als Prophylaktikum, ihre Anwendung bei der Erkrankung der einzelnen Organsysteme einschliesslich Haut, Auge, Ohr, Blut- und Stoffwechselerkrankungen.

Hier zeigt sich überall das Geschick des Verf. in der prägnanten Darstellung, so dass diese letzten drei Druckbogen dem praktischen Arzt einen seinen Bedürfnissen vollauf genügenden Ueberblick über das gewaltige Gebiet zu geben vermögen.

Die zahlreichen Originalbilder sind gut gewählt und zeigen die Handgriffe so gut, als eine Photographie überhaupt eine Bewegung demonstrieren kann.

Das kleine Buch, das für den billigen Preis sehr gut ausgestattet ist, wird sich sicherlich rasch einführen.

Vulpius-Heidelberg.

Referate.

1) **Gaus.** Verletzungen der Kinder bei Extraktionen. Diss. München. 1910.

Gegenstand der Abhandlung sind die Verletzungen, die bei den Wendungen und Extraktionen während des Zeitraumes von 1884—1907 an der geburtshilflichen Abteilung der Frauenklinik zu München beobachtet sind, mit Ausschluss der absichtlichen Verletzungen der Perforation, Decapitation und Exenteration. Verf. hat der Uebersicht halber die an den einzelnen Körperabschnitten beobachteten Verletzungen topographisch zusammengefasst und schickt jeder einzelnen dieser Gruppen eine allgemeine Uebersicht über das bisherige Wissen und die bisherigen Erfahrungen, wie sie in der einschlägigen Litteratur niedergelegt sind, voraus. Den Orthopäden dürften wohl vor allen Dingen die Gruppen der Extremitätenfrakturen und Lähmungen interessieren.

Blencke-Magdeburg.

2) **Carl Beck** (Chicago). Fractures of pathological bones (Osteopsathyrosis) and their treatment. (Surg. gynecol. and obstetrics. Juni 1910.)

Beck wendet den Namen Osteopsathyrosis nur zur Bezeichnung eines Symptoms an, nämlich in allen Fällen, wo Knochen durch pathologische Vorgänge abnorm zerbrechlich geworden sind. Dazu rechnet er zunächst die Osteomalacie, bei der man abnormen Mangel an Kalksalzen und zahlreiche Osteoklasten im Knochen gefunden hat. B. hält die Theorie von Bossi für die wahrscheinlichste, nach

der die Kalkablagerung im Knochen von der Nebennierenkapsel reguliert wird. Diese Theorie wird unterstützt erstens durch den Tierversuch: bei Schafen hat man nach Entfernen der Suprarenalkapseln typische Osteomalacie auftreten sehen. Zweitens hat man nach Anwendung von Adrenalin-Injektionen die Krankheit zum Verschwinden bringen können. Beck selbst teilt einen solchen Fall ausführlich mit, bei welchem er sich durch zahlreiche Röntgenbilder von einer entschiedenen Besserung überzeugen konnte. Nach 25 Adrenalin-Injektionen konnte er eine neue Ablagerung von Kalksalzen beobachten.

Abnorme Brüchigkeit des Knochens beim geringsten Anlass tritt auch bei der von Recklinghausen beschriebenen Ostitis fibrosa auf. Es handelt sich dabei um eine entzündliche Umwandlung des Knochenmarks im Bindegewebe; sehr häufig findet man darin Riesenzellen. Von diesen Zuständen zu trennen sind die sogenannten Knochenzysten. Wahre Zysten, die innen mit einem Flüssigkeit sezernierenden Epithel ausgekleidet sind, sind im Knochen sehr selten. Es sind verschiedene Arten beschrieben worden, die als gemeinsames Symptom eben die abnorme Brüchigkeit aufweisen. Die Diagnose wird stets durch das Röntgenbild gesichert werden können.

Zander-Heidelberg.

3) **Kienböck** (Wien). Ein Fall von Fragilitas ossium universalis. (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. XV. H. 3. S. 143. 1 Tafel.)

Nach Anführung verschiedener Fälle aus der Literatur genaue Beschreibung des Falles: Ein sonst gesunder 59jähr. Mann hatte sich im Lauf der Jahre ca. 1½ Dutzd. Knochenbrüche zugezogen. Die ersten im 15. und 16. Jahr an der Patella, nach 20 Jahren Pause in rascher Folge Brüche an beiden Extremitäten. Vom 40.—52. Jahre wieder Pause, dann wieder eine Anzahl von Frakturen der langen Röhrenknochen. Die Frakturen waren stets schmerzhaft, die Diaphysenbrüche heilten prompt. Die Röntgenuntersuchung ergab, dass es sich um osteoporotische bezw. osteomalazische Prozesse im Skelett handelte. Ferner chronische Arthritis an einigen Gelenken. Ob es sich nun um einfache Osteoporose oder um Osteomalazie handelt, ist nach K. schwer zu entscheiden. Er neigt zu letzterer Ansicht.

Als ätiologisches Moment nimmt K. eine Blutdrüsenerkrankung an. Multiple Tumoren der Knochen, Tabes und Lues werden differentialdiagnostisch ausgeschieden.

Natzler-Heidelberg.



4) **Studeny.** Zur Kasuistik der Knochencysten. (Archiv f. klin. Chir. 92. Bd. 4. Heft, S. 1019 ff. 2 Taf., 3 Textfig. Literatur.)

Die Aetiologie der solitären Cysten der langen Röhrenknochen ist noch nicht klargestellt. St. führt die verschiedenen, heute angenommenen Ursachen an: Erweichung von Tumoren, Enchondrome (Schlange), Ostitis fibrosa (Recklinghausen, Paget), Traumen (Beneke), bakterielle Infektion.

Als Beitrag zu der Frage bringt er die sehr ausführliche Beschreibung eines Falles von cystischem Tumor am unteren Ende der Tibiadiaphyse bei einem 11 jährigen Mädchen: Im Anschluss an ein Trauma entwickelte sich im Verlauf von 8 Monaten der Tumor, der makroskopisch ein myelogenes Sarkom mit cystischer Erweichung annehmen liess. Der Tumor wurde reseziert. In sehr interessanter Weise wurde von Bittner (Brünn) der Ersatz des verloren gegangenen Tibiastückes ausgeführt. (Genaue Mitteilung im Zentralbl. f. Chir. 1910. Nr. 16): Aus dem stehen gebliebenen Tibiastück wird „eine nahezu die Hälfte der Tibia einnehmende Spange samt Periost abgelöst, um 180° in medianer Richtung gedreht, so dass das obere breitere Stück der Spange an den Periostknorpelrand der Epiphyse zu liegen kam.“ (Skizze im Original.) Nach einer kleinen Nachoperation wegen Nearthrose und Sequesterbildung an der unteren Diaphyse überall gute Knochenneubildung und „innige Verschmelzung der Fragmente“.

St. kommt auf Grund der genauen histologischen Untersuchung des durch die Operation gewonnenen Präparates zu dem Resultat, dass es sich um eine Knochencyste handelte, die aus einem erweichten Riesenzellensarkom hervorging. Wobei er auf den Zusammenhang zwischen Trauma und Sarkom nicht näher eingeht.

Natzler-Heidelberg.

5) **Decref.** Patogenia y tratamiento de los osteofitos epifisarios y desprendimientos de nucleos oseos. (Rev. de Medic. y Cir. pract. de Madrid. No. 1. 118. 14. April 1910.)

D. bespricht die verschiedenen in den letzten Jahren über den sogen. Calcaneus-Sporn von den Autoren aufgestellten Theorien und fügt daran eine Kritik der verschiedenen Ansichten.

Stein-Wiesbaden.

6) **Ribas y Ribas.** Contribucion al diagnostico precoz del osteosarcoma: estudio radiografico. (Rev. de Medic. y Cir. pract. de Madrid. No. 1. 127. 21. Juni 1910.)

Man kann oft beobachten, dass das 1. Symptom beim Auftreten eines Osteosarkoms in neuralgieartigen Schmerzen besteht.



Besonders bei dem Osteosarkom des Oberschenkels wird oft zunächst eine Ischias diagnostiziert. Eine sichere Diagnose kann aber schon im Beginn der Erkrankung mit Hilfe des Röntgenbildes gestellt werden, welches auch eine Differentialdiagnose mit anderen Knochenerkrankuugen gestattet.

Stein-Wiesbaden.

7) **P. Carnot** et **Slawu.** Influence de l'adrénaline sur la réparation osseuse et la consolidation du cal. (Soc. de biol. Paris, 15. Mai 1910.)

Die Verfasser haben trepanierten Hunden Adrenalin, bis zu 6 mgr. täglich, verabreicht und gefunden, dass das herausgeschnittene, runde Stückchen viel schneller anwächst, als bei jenen Hunden, die in gleicher Weise operiert worden waren, aber das betreffende Mittel nicht erhalten hatten. Während z. B. bei ersteren die Verknöcherung bereits am 18. Tage eine vollständige war, war dies bei letzteren erst am 23. Tage der Fall. Auch mikroskopisch konnte eine viel raschere Verknöcherung bei adrenalinisierten Hunden festgestellt werden, als bei den Kontrolltieren.

Diese günstigen Ergebnisse, welche ein Analogon in den guten Resultaten, welche das Mittel bei Osteomalazie gibt, finden, könnten also gegebenen Falles, z. B. bei Knochenbrüchen, verwertet werden.

E. Toff-Braila.

8) **Carl Beck** (Chicago). Chronic Osteomyelitis, diagnosis and treatment. (Surgery, Gynecology and obstetrics. Febr. 1910.)

Verfasser bespricht jene Fälle von chronischer eitriger Osteomyelitis mit Sequesterbildung, die trotz mehrmaliger Operation keine Neigung zum Ausheilen zeigen. Es sind langsam verlaufende Entzündungsprozesse, bei denen es zu Abszessbildung im Knochen und zu Knochennekrose kommt. Der Sequester liegt in einer Eiterhöhle oder in Granulationsgewebe eingebettet, umgeben von einer reaktiven Osteosklerose und Knochenneubildung. Selten kommt Spontanheilung zustande. Häufiger bricht der Eiter nach aussen durch, oder es bildet sich neuer Knochen mit vielfachen Fistelgängen, durch die zeitweise Knochensplitter entfernt werden. Bei Sondierung kommt man auf rauhen Knochen. Für die Behandlung solcher Fälle ist dringend notwendig: 1. eine exakte Diagnose durch systematische Röntgenuntersuchung und 2. die Radikaloperation. B. rät, zunächst einige Röntgenbilder der erkrankten Gegend von verschiedenen Seiten anzufertigen und dann ein Röntgenbild nach Injektion von Wismutpaste zu machen, letzteres womöglich stereo-



skopisch. Nach der Sequestrotomie empfiehlt sich noch ein Bild mit Injektion. Die Sequester sind als dunkle Schatten kenntlich, die von einem hellen Hof umgeben sind, das sind die Granulationen, auf die wieder ein dunkler Schatten folgt, das ist die reaktive Sklerose. Für die Radikaloperation, die B. stets in Blutleere macht, empfiehlt er breite und lange Inzisionen. Ferner legt er Wert darauf, etwaige Knochenresektionen womöglich subperiostal zu machen, da das erhaltene Periost reichlich neuen Knochen zu bilden imstande ist. Beschreibung von 3 Fällen. **Zander** - Heidelberg.

9) **Rieder** (München). Ueber Kombination von chronischer Osteomyelitis (Spina ventosa) mit Lupus Pernio. (Fortschr. auf d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. XV. H. 3.)

Nach allgemeinen Bemerkungen über Spina ventosa (Vorkommen, Arten, pathologische Anatomie, röntgenologische Befunde, Klinisches, Aetiologie) Mitteilung von 2 Fällen der oben angeführten Art.

Im ersten Falle bestand schon in der Kindheit Spina ventosa, wo mehrere Phalangen nacheinander befallen waren. Bei dem 25 jährigen Manne Ausheilungserscheinungen des osteomyelitischen Prozesses „unter Bildung stärkerer Osteosklerose, namentlich an der Diaphyse.“ Ausserdem die Kombination mit Lupus Pernio. (4 Figuren, 1 Tafel).

Im zweiten Falle ebenfalls im Kindesalter Spina ventosa. Bei dem 20 jährigen Mann sind osteomyelitische Erkrankungen an verschiedenen Phalangen beider Hände vorhanden. Kombination mit Lupus Pernio. (2 Figuren, 1 Tafel.)

Die Röntgenuntersuchung bei Spina ventosa gibt im allgemeinen nur bei Erwachsenen brauchbare Resultate über die Ausdehnung der Erkrankung, sowie über die Beteiligung der einzelnen Knochenschichten an der Erkrankung. Die Aetiologie kann durch die Röntgenuntersuchung allein nicht immer festgestellt werden. In Betracht käme die Unterscheidung zwischen tuberkulösen, luetischen, und infektiös-osteomyelitischen Prozessen der kurzen Röhrenknochen. Doch kam man in den beiden beschriebenen Fällen erst durch die Röntgenuntersuchung überhaupt auf die richtige Diagnose: In dem einen Fall war zuvor Gelenkrheumatismus, im anderen Erfrierung angenommen worden. Der Beginn der Erkrankung zeigte sich in der Epiphyse, die verschiedenen Stadien (ungleichmässige Rarefikation der Spongiosa, Entkalkung der Knochenbälkchen, Knochendefekte mit Kavernen und verdickten Scheidewänden) waren an den verschiedenen befallenen Knochen nachzuweisen. Also auch



hier, wie sich R. ausdrückt, eine Kombination von osteoklastischen und osteoplastischen Prozessen. Nekrosen, Sequester- und Fistelbildung fehlten. Therapeutisch konnte nichts versucht werden: Ein operatives Vorgehen verbot die Multiplizität der Erkrankung, Röntgenbestrahlung konnte aus äusseren Gründen nicht stattfinden. Der Fall I. zeigte übrigens Tendenz zur Ausheilung.

Natzler-Heidelberg.

10) **Kappis.** Beitrag zur traumatischen Tuberkulose. (Deutsche med. Woch. 1910. Nr. 28.)

K. behandelt den Zusammenhang zwischen Trauma und lokaler Tuberkulose. Voraussetzung ist meist ein bereits vorhandener Herd irgendwo im Körper, der aber keine Erscheinungen zu machen braucht. Meist sind es die stumpfen Gewalteinwirkungen und vorzugsweise geringfügigen Traumen, wie Distorsionen und Erschütterungen, die eine Tuberkulose zur Folge haben, fast niemals Frakturen. Verf. beschreibt ausführlich den Fall einer schweren komplizierten Oberschenkelfraktur mit nachfolgender akuter Osteomyelitis, Vereiterung des Kniegelenks, wiederholter Sequestrierung. Untersuchung des Granulationsgewebes der Wundhöhle, einige Monate nach dem Trauma vorgenommen, ergab tuberkulöses Gewebe. Nach der hohen Amputation trat Exitus ein, und die Sektion förderte käsige Herde und frische Tuberkel in den Lungenspitzen und ein tuberkulöses Darmgeschwür zu Tage. Die Wundhöhle war mit tuberkulösem Granulationsgewebe ausgekleidet und in der Muskulatur dieser Gegend fand sich ein tuberkulöser Abszess. Am frakturierten Knochen selbst war nichts tuberkulöses nachzuweisen. Der Fall stellt unzweifelhaft eine traumatische Tuberkulose dar, entstanden von den alten Herden in den Lungen auf dem Wege der Blutbahn nach einem monatelangen schwächenden Krankheitsprozess.

Hohmann-München.

11) **Ribera y Sans** (Madrid). La tuberculosis y el traumatismo; estudio experimental. (Rev. de Medic. y Cir. pract. de Madrid. Nr. 1. 121. 7. Mai. 1910.)

Die durch alle Lehrbücher hindurchgehende Ansicht über das Zustandekommen der Knochentuberkulose nach Trauma hat R. einer neuerlichen genauen experimentellen Prüfung unterzogen, nachdem er die Resultate ähnlicher Untersuchungen bereits im Jahre 1906 veröffentlicht hatte. Damals handelte es sich um die Erzeugung artifizieller traumatischer Tuberkulose im Uterus. Von 45 Impfungen waren damals nur 11 positiv ausgefallen und im ein-

zelnen hatten die Untersuchungen zu dem Schlusse geführt, dass das Trauma dabei in keiner Weise die grosse Rolle spielt, welche ihm im allgemeinen zugeschrieben wird. So hatten unter 24 Impfungen von tuberkulösem Material innerhalb des traumatisierten Uterus nur 4 zu tuberkulösen Veränderungen dieses Organs geführt. Bei 14 intravenösen Impfungen war nur zweimal Tuberkulose des traumatisierten Uterus zur Beobachtung gekommen.

Was nun die Beobachtung bei der Knochentuberkulose anbetrifft, so konnte R. unter 607 bezüglichen Fällen nur 142 mal ein wirkliches Trauma feststellen, während natürlich, da es sich zumeist um Kinder handelte, viel öfter von den Eltern ein Trauma für die Krankheit beschuldigt wurde. Von diesen 142 sicher traumatischen Fällen konnte die Diagnose bei 64 Fällen, das ist in 45 %, durch die Operation bestätigt werden. Was nun die experimentellen Versuche betrifft, so wurden 12 Kaninchen intravenös mit 1 1/2 ccm reiner Kultur von Tuberkelbazillen infiziert. Ein darauf ausgeführtes heftiges Trauma des Kniegelenks führte in keinem Falle zu einer tuberkulösen Erkrankung an dieser Stelle. Gleichfalls negativ blieben die Versuche bei subkutaner und intraperitonealer Infektion mit Tuberkelbazillenkultur. Dagegen führte die direkte Impfung des Knochenmarks mit Tuberkelbazillen zu einer tuberkulösen Erkrankung der betreffenden Knochen, ganz gleichgiltig, ob ein Trauma ausgeübt worden war oder nicht.

In einer weiteren Serie von Untersuchungen wurde, nachdem einige Tage zuvor eine Kultur von Tuberkelbazillen intravenös injiziert wordon war, nunmehr noch eine Injektion einer Kultur von Staphylococcen oder Streptococcen gemacht. Jetzt entwickelte sich allenthalben eine Mischerkrankung von Tuberkulose und dem betreffenden Eitererreger, ohne dass dabei die Gelenke besonders betroffen waren. Auch jetzt hatte ein auf die Gelenke ausgeübtes Trauma nur negatives Resultat. Obwohl diese Resultate zunächst mit Sicherheit die allgemein angenommene Beziehung zwischen Trauma und Tuberkulose verneinen, möchte R. doch ein definitives Urteil über diese Frage vorläufig noch nicht abgeben, ehe er noch weitere eingehende Experimente gemacht hat.

Stein-Wiesbaden.

12) **Exner** und **Lenk.** Ueber Erfahrungen mit Anwendung der Spenglerschen IK-Therapie bei chirurgischer Tuberkulose. (Zentralbl. f. Chir. 1910. Nr. 30. S. 977. 978)

E. und L. haben 6 Fälle von chirurgischer Tuberkulose genau nach den Anweisungen Spenglers mit IK. behandelt. Sie hatten



keinerlei Erfolg und „finden keine Veranlassung, die IK-Therapie bei chirurgischer Tuberkulose weiter zu verfolgen".

Natzler-Heidelberg.

13) **Ortiz de la Torre.** Resultados del método hiperemiante de Bier en las lesiones óseas y articulares de los ninos. (Rev. de Medic. y Cir. pract. de Madrid. No. 1. 122. 14. Mai 1910.

O. unterscheidet 2 grosse Gruppen bei den Kochenerkrankungen der Kinder, die er in offene und geschlossene Läsionen teilt, und hat bei beiden mit der Bier'schen Stauungsbehandlung geradezu erstaunliche Resultate erzielt. Er glaubt, dass, wenn mit dieser Methode nicht allenthalben gute Resultate erzielt worden sind, dies zum grossen Teil auf der angewandten Technik beruht.

Stein-Wiesbaden.

14) **Ritter** (Posen). Knochennaht mit Faszienstreifen. (Zentralbl. f. Chir. 1910. Nr. 34. S. 1113 ff.)

Bei einem Fall von Oberarmbruch in der Nähe des chirurgischen Halses hat R. zur Knochennaht aus dem Oberschenkel entnommene Faszienstreifen benützt. Der Erfolg war gut. Als besonderen Vorzug rühmt R. die leichte Ausführbarkeit, die starke Zugfestigkeit des Materials, Einheilung ohne Nekrose und Vermeidung der Gefahr einer nachträglichen Lockerung, wie bei Drahtnähten, Knochenbolzen u. dergl. **Natzler**-Heidelberg.

15) **Lopez Duran.** Nota previa acera del uso de una membrana animal para producir movilidad en las articulaciones anquilosadas. (Rev. de Medic. y Cir. pract. de Madrid. No. 1. 129. 7. Juli 1910.)

D. hat zur Herstellung der Artikulation im Radiokarpalgelenk nach Ankylose mit gutem Erfolge ein Stück einer Schweineblase zwischen die Gelenkenden eingebracht.

Stein-Wiesbaden.

16) **Doevenspeck.** Juvenile Muskeldystrophie infolge Ueberanstrengung. (Münch. Med. Woch. 1910. Nr. 26.)

D. beschreibt den Fall eines 25 jährigen Tagelöhners, der das Bild der Muskeldystrophie der Oberarm- und Schultermuskulatur aufweist. Er nimmt als Ursache der Entstehung des Leidens die anamnestisch erhobene Tatsache an, dass Patient im Alter von 14 Jahren mit dem Dreschflegel habe dreschen und die Dreschmaschine habe drehen müssen. Von da an soll das Leiden seinen Anfang mit Schmerzen in den Schultern und der allmählich eintretenden



Unfähigkeit zu dieser Arbeit genommen haben. Nach einem Vierteljahr seien die Schmerzen wieder verschwunden. D. sieht in dieser Ueberanstrengung die eigentliche Ursache des Leidens und nennt seine Fall den ersten mit sichergestellter Aetiologie. Mir scheint, dass auch der Fall von D. uns nicht weiter bringt in der Erforschung der Aetiologie dieses Leidens, sondern dass die zweifellose Ueberanstrengung auch hier nur die bekannte Gelegenheitsursache sein dürfte, die in dem der Entstehung des Leidens günstigen Pubertätsalter einen nicht unwesentlichen Einfluss geübt hat.

Hohmann-München.

17) **Michalsky** (Dresden). Ein Beitrag zur Atemgymnastik. (Zeitschr. f. physikal. u. diätet. Therapie. XIV. Bd. 1910, S. 213 ff.)

Als ersten Zweck seiner Atemübungen gibt M. an, dass die Uebenden sich daran gewöhnen sollen, nicht durch den Mund, sondern durch die Nase zu atmen. Die Nachteile der Mundatmung beim Arbeiten an mediko-mechanischen Apparaten, beim orthopädischen Turnen in geschlossenen Räumen bedürfen keiner besonderen Hervorhebung. Es würde sich empfehlen, mit den 8 Uebungen die M. angibt — sie sind leichter auszuführen. als sich die Beschreibung liest! — einen Versuch zu machen. Sie könnten bei den Freiübungen im Skoliosenturnen eingeschaltet werden und dürften da entschieden von Nutzen sein.

Genaues über die Uebungen ist im Original nachzulesen.

Natzler-Heidelberg.

18) **M. Ch. Dam.** Le torticolis congénital. (Gazette des hopitaux. Nr. 72. 1910.)

Verf. gibt einen allgemeinen Ueberblick über die Pathologie und Therapie des angeborenen Schiefhalses, der an und für sich eine gute Prognose gibt. Die Misserfolge sind hauptsächlich der ungenügenden postoperativen Behandlung zuzuschreiben. Die Behandlung ist in leichten Fällen und bei Säuglingen eine unblutige. Sie besteht in Massage und Bewegungen, in dem Redressement forcé nach Lorenz, das aber als zu gefährlich zu vorwerfen ist, oder in Anlegung von Halskrawatten. Von den operativen Behandlungsmethoden ist die offene Tenotomie als die Operation der Wahl zu empfehlen und in sehr schweren Fällen mit der partiellen Muskelexstirpation zu kombinieren.

Den Hauptwert legt D. auf die postoperative Behandlung, die in Massage, Bewegungen und Suspension besteht. Die schiefe Suspension wird so ausgeführt, dass der Bügel auf der kranken



Seite höher steht und der Arm dieser Seite mit einer Hantel beschwert wird. Dann werden aktive, passive und Widerstandsbewegungen vorgenommen, und zwar Beugung des Kopfes nach vorn, hinten und seitlich, ferner Rotation, ev. mit Extension kombiniert. Durch Fixierung der Schultern kann man auch auf die begleitende Halsskoliose einwirken. Die Nachbehandlung muss täglich fortgesetzt werden, bis man zuletzt das Ohr der gesunden Seite bis zur Berührung mit der Schulter bringen kann. **Zander**-Heidelberg.

19) **Martinez Gatica:** Un caso de Mal de Pott curado con el corsé anti-escoliosico del autor. (Rev. de Medic. y Cir. pract. de Madrid. No. 1. 113. 7. März 1910.)

Mitteilung eines Falles von traumatischer Kyphose bei einem 19 jährigen jungen Manne mit Lähmungen des rechten Beines und des rechten Armes, des linken Beines und der Blasen- und Mastdarmmuskulatur, welche durch Korsettbehandlung zur Heilung gekommen ist.

Stein-Wiesbaden.

20) **N. Athanasescu** (Bukarest). Ein neues Zeichen für die Diagnose der beginnenden Pottschen Krankheit. Das Zeichen von **Angelescu.** (Revista stiinzelor med. Juni 1910.)

Die Therapie der Wirbeltuberkulose hängt zum grossen Teile von der Evolutionsperiode, in welcher sich die Krankheit findet, ab. Die besten Erfolge erzielt man unstreitig am Beginne der Erkrankung und ein frühzeitiges Erkennen derselben ist also von grosser Wichtigkeit. Ein solches Hilfszeichen ist das von Prof. Angelescu gefundene, welches der Verfasser in seinem Aufsatze näher beschreibt.

Ausgehend von dem Grundsatze, dass die meisten Wirbeltuberkulosen an der Vorderseite der Wirbelkörper beginnen, und zwar unmittelbar unter dem longitudinalen Bande, muss angenommen werden, dass Zerrungen dieser Gegend von den Kranken schmerzhaft empfunden werden müssen. Hierzu legt man die betreffenden Patienten auf den Rücken und lässt sie sich derart biegen, dass der Körper nur auf den Fersen und dem Hinterkopfe aufliegt. Bei bestehender Wirbeltuberkulose fühlen die Kranken dabei entweder an der kranken Stelle einen starken Schmerz, oder das Biegen ist überhaupt nicht möglich, da die auftretenden Schmerzen ganz unerträglich sind.

Auf diese Weise konnte in zwei Fällen die Diagnose der Pottschen Krankheit in den ersten Anfängen gestellt werden, zu einer Zeit, als weder Schmerz auf direkten Druck, noch Steifheit



der Wirbelsäule, noch ein vorspringender Dornfortsatz zu finden war.

E. Toff-Braila.

21) **Brugsch.** Ueber das Verhalten des Herzens bei Skoliose. (Münch. med. Woch. 1910. Nr. 33.)

B. betont das häufige Vorkommen von Herzdilatationen und Hypertrophien bei skoliotischen Patienten, namentlich den schweren Kyphoskoliosen, bespricht die Erscheinungen, Herzklopfen und übernormal schnellen Puls bei leichteren Austrengungen. Im Röntgenbild sieht man bei 80% der Fälle eine sogen. mitrale Konfiguration des Herzens, d. h. eine starke Konvexität links in der Mitte, die eine Erweiterung des linken Vorhofes bedeutet und auf Mitralstenose gewöhnlich bezogen wird. Bei den Skoliotikern aber deutet diese Figur meist nicht eine Mitralstenose an, wie die Auskultation entscheidet, sondern ein sogen. aplastisches Herz, ein zu kleines Herz, wie beim Stillerschen asthenischen Habitus. Durch Gymnastik, namentlich durch Kriechbehandlung, hat B. Besserungen feststellen können.

Hohmann-München.

22) **Bertsch.** Über Lungenveränderungen bei hochgradiger Kyphoskoliose. (v. Baumgarten, Arbeiten a. d. Tübinger pathol. Inst. Bd. VII, H. 2, S. 340—358. 1910.)

Bei einer relativ seltenen linkskonvexen Kyphoskoliose war im Gegensatz zur Regel die rechte Lunge komprimiert und indukiert. Es handelt sich nicht um Induration einfach atelektatischer Lungenabschnitte, sonden um Karnifiktion nach Pneumonie, zu der die Ateletase disponierte.

Pol-Heidelberg.

23) **James Fränkel.** Ergebnisse der Kriechbehandlung. (Münch. Med. Woch. 1910. Nr. 33.)

Fränkel, der sich in neuester Zeit am lebhaftesten für die Kriechmethode ins Zeug legt, bringt in dieser Arbeit dieselben Ausführungen, die er auf dem Orthopädenkongress 1910 über diese Frage machte, vertritt nochmals die Mobilisierung der Skoliosen bei Lordosierung und teilt eine Reihe von mit Herzaffektionen kombinierten Fällen von Skoliosen bzw. rundem Rücken mit, bei denen die Kriechbehandlung neben der Skoliose auch die Herzbeschwerden günstig beeinflusst habe. Es folgen 5 Abbildungen, vor und nach der Behandlung, von denen einige schon auf dem Orthopädenkongress in der Diskussion als nicht beweiskräftig abgelehnt wurden. Es tut mir leid, sagen zu müssen, dass sie durch die Wiederholung



der Vorführung nicht beweisender geworden sind. Insbesondere ist es meiner Ansicht nach ein Kardinalfehler, wenn die Vergleichsbilder in verschiedenen Haltungen aufgenommen werden und zwar merkwürdiger Weise fast stets das Bild vor der Behandlung in schlaffer Haltung. Wenn F. bei einigen bemerkt, dass das Bild vor der Behandlung in schlaffer wie in straffer Haltung das gleiche gewesen sei, so mag man das glauben, allein zu einer exakten Darstellung der Wirkung einer Methode gehört es schon, dass auch der Schein der Ungenauigkeit vermieden wird. Dass durch die Bilder Fs. etwas anderes bewiesen wird, als dass die Muskulatur der Patienten durch die Uebungen gekräftigt worden ist, kann ich nicht zugeben.

Hohmann-München.

24) **Biesalski.** Grundsätzliches zur Behandlung der Littleschen Krankheit. (Münch. med. Wochenschr. 1910, Nr. 31.)

B. grenzt aus seinen Erfahrungen das Gebiet für die Anwendung der Försterschen Operation unter den Littlefällen ab und kommt zu dem Schluss, primär nur solche schwerste Fälle zu radikotomieren, deren Spasmen dauernd so heftig auftreten, dass alle Glieder so starr fixiert sind, dass sie auch nach Tenotomieen und Redressement in der Korrekturstellung diese Starrheit beibehalten. Zunächst sollen alle Fälle von der Operation ausgeschlossen sein, die sich wenn auch mühsam durchs Zimmer bewegen können, ferner die Fälle mit wechselnden Spasmen, die im Bett ziemlich frei von ihnen sind, beim Versuch des Aufstellens aber heftig davon ergriffen werden, sodass sie bewegungsunfähig sind. Aus seinen Operationserfahrungen empfiehlt B. neben den lumbalen Wurzeln die erste Sakralwurzel und nicht die zweite zu wählen, damit man nicht zu nahe an den Anus kommt. Zur Blutstillung verwendet er reichlich Adrenalin, legt grossen Wert auf sorgfältigsten Schutz vor sekundären Infektionen und lagert die Patienten im Gipsbett. Sekundär sind oft noch Tenotomien der verkürzten Muskelgruppen nötig, um die Operation auch zur Wirksamkeit kommen zu lassen. In solchen Fällen empfiehlt er deshalb diese Tenotomieen vorher ausführen zu lassen. Wie auch Förster legt B. auf eine sehr exakte Uebungsbehandlung nach der Operation grossen Wert.

Hohmann-München.

25) **Flörcken.** Zur Behandlung tabischer Krisen mit Resektion der hinteren Wurzeln. (Münch. Med. Woch. 1910. Nr. 27.)

F. teilt einen Fall aus der Enderlenschen Klinik in Würzburg mit, bei dem in Folge von ausgesprochener Tabes krisenartige Schmerz-



anfälle auftraten, die in der Gegend des 4. Brustwirbels beginnend sich nach unten ziehen bis zum 9. Brustwirbel und intensiv nach vorn ausstrahlen in den Interkostalräumen bis zum Sternum. Sie liessen sich durch Druck neben der Wirbelsäule oder in den Interkostalräumen auslösen, sind allerheftigster Art und sehr häufig. Beiderseits wurde die 5.—9. Dorsalwurzel durchschnitten. Der Erfolg war frappant. Die Schmerzattacken verschwanden völlig, nur ein leichtes Zucken im 5. rechten Interkostalraum tritt noch bisweilen auf. — **Hohmann-München.**

26) **Röpke** (Jena). Zur Technik der Laminektomie in der Behandlung von Rückenmarkstumoren. (Zentralbl. f. Chir. 1910. Nr. 33. S. 1076. 1 Abbildung.)

R. empfiehlt ein neues osteoplastisches Verfahren zur Eröffnung des Wirbelkanals bei Rückenmarkstumoren, das einerseits den Wirbelkanal breit zugänglich macht, andererseits das Opfern der Wirbelbögen erspart: die Dornfortsätze werden bis an die Basis hin abgekniffen. Dann werden von den Bögen Muskel-Periostknochenlappen abgetrennt, etwaige Bogenreste mit der Zange entfernt. So wird ein übersichtliches Operationsfeld geschaffen. Nach der Operation Duranaht, dann Naht der Muskelwunde, wodurch die Knochenperiostlappen einander so weit genähert werden, dass eine solide Verknöcherung eintreten kann, genügend weit von der Dura entfernt, um nicht durch Callusbildung eventuell schädigend wirken zu können. Eine Skizze illustriert die Technik des Verfahrens.

Natzler-Heidelberg.

27) **Albert E. Stein.** Zur Behandlung von Schultergelenksversteifung. (Münch. med. Woch. 1910. Nr. 26.)

St. beschreibt und illustriert seinen am Orthopädenkongress 1910 gezeigten Apparat zur passiven Mobilisierung von Schultergelenksversteifungen, der hauptsächlich in einem das Schulterblatt von oben her fixierenden Gurt besteht, da St. ganz richtig von der bekannten Erfahrungstatsache ausgeht, dass Schulterversteifungen nur unter genauester Fixierung des Schulterblattes mobilisiert werden können. **Hohmann-München.**

28) **Lengfellner** und **Frohse** (Berlin). Die Möglichkeiten der operativen Behandlung der Lähmung des Musculus biceps brachii. (Mediz. Klinik. 1910. Nr. 31. S. 1220 ff.)

L. und F. überpflanzen das Cap. long. (eventuell auch das Cap. mediale oder laterale) tricipitis auf den gelähmten Bizeps. Genaue Angabe der Technik.

Bei einer etwaigen Nervenüberpflanzung wollen sie den motorischen Zweig für den M. teres major — und zwar nur diesen — in den N. musculocutaneus einpflanzen. **Natzler**-Heidelberg.

29) **Grunert.** Luxation des Nervus ulnaris. (Med. Klinik 1910. Nr. 24. S. 942.)

Kasuistischer Beitrag mit Besprechung der Aetiologie und Therapie im allgemeinen: Bei gestrecktem Arm des 23 jährigen Pat. war der Nerv im Sulcus bicipitalis deutlich verdickt und abnorm beweglich. Beim Beugen sprang er jedesmal völlig über den Condylus internus hinüber. G. ist der Ansicht, dass es sich bei dem erwähnten Leiden in der Regel um eine kongenitale Affektion handelt.

Durch Annähen des Nerven an die Tricepssehne wurde völlige Heilung erzielt, so dass der Pat. nach ca. 8 Wochen dienstfähig zur Truppe entlassen werden konnte. **Natzler**-Heidelberg.

30) **Ewald** (Wien). Ueber den Zugverband beim Vorderarmbruche. (Zentralbl. f. Chirurgie. 1910. Nr. 32. S. 1037. 1 Abbildg.)

E. bringt neben einer kurzen Mitteilung die Abbildung eines Extensionsverbandes bei Vorderarmbruch, die das von ihm geübte Verfahren deutlich erkennen lässt. Ein besonderer Gegenzug am Oberarm wie beim Bardenheuerschen Verband fällt weg. Die Neigung zur Pronation kann durch supinierende Züge leicht ausgeschaltet werden. **Natzler**-Heidelberg.

31) **A. Oller.** Las luxaciones del semilunar del carpo. (Revista Clinica de Madrid. No. 4. 15. Februar 1910.)

O. teilt einen Fall von palmarer Luxation des Os semilunare bei einem Arbeiter mit, welcher etwa 4 m hoch gefallen und auf die ausgestreckte linke Hand aufgekommen war. Der luxierte Knochen wurde operativ entfernt. Im Anschluss an diesen Fall wird die Aetiologie dieser Verletzung und die gesamte Statistik besprochen. Die Diagnose kann nur mit Hilfe der Röntgenstrahlen sicher gestellt werden. Was die Behandlung betrifft, so kann man, wenn der Fall frisch in die Beobachtung kommt, die Reposition durch Extension der Hand und Druck auf den luxierten Knochen versuchen. Misslingt diese oder kommt der Fall spät in die Beobachtung, so ist die Operation angezeigt.

Stein-Wiesbaden.



32) **R. Schreiber** (Berlin). Ueber Syndaktyliebehandlung. (D. Zeitschr. f. Chir. 105. Bd. 5.—6. H.)

Die operative Behandlung der Syndaktylie empfiehlt sich nur dann, wenn die Finger mit getrennten Sehnen versehen sind, also funktionstüchtig sein können. An der Bierschen Klinik wurde hauptsächlich die Methode von Zeller geübt: es wird ein möglichst grosses dreieckiges Läppchen gebildet, dessen Basis an der Kommissur liegt und dessen Spitze bis zum ersten Interphalangealgelenk reicht. Mit der Schere wird die Verbindung der Finger weit bis unten durchtrennt, das Läppchen nach vorn geschlagen und die Spitze durch eine Naht an der Volarseite fixiert. Bei dieser Zellerschen Methode traten jedoch oft Narbenkontrakturen auf. Gute Resultate wurden nun durch eine Modifikation der Methode erzielt, die darin besteht, dass ein Läppchen mit Scharlachrotsalbe zwischen die gespreizten Finger gelegt wird. Dieses bedeckt die beiden Wundflächen an der Fingerinnenseite und die Kommissur und wird durch einen schmalen Heftpflasterstreifen festgehalten. Die Salbe bewirkt eine schnelle Granulierung der Wundflächen, die nach 14 Tagen schon epithelisiert sein können. 9 Fälle sind bereits in dieser Weise operiert worden, ohne dass Kontrakturen aufgetreten sind.

Zander - Heidelberg.

33) **Ortiz de la Torre.** Luxaciones de la cadera. — Nueva técnica para la reduccion. (Rev. Clin. de Madrid. No. 3. 1. Februar 1910.)

O. beschreibt ein von ihm vielfach mit gutem Erfolge geübtes Verfahren der Einrenkung der traumatischen Hüftgelenkluxation. Der Patient wird auf den Boden gelegt. Ein festes Handtuch wird über seine beiden Hüftkämme so gelegt, dass die Enden des Tuches zu beiden Seiten auf dem Boden liegen. 2 Assistenten treten je auf 1 Seite und fixieren, indem sie sich auf die Enden dieses Handtuches stellen, durch ihr eigenes Körpergewicht das Becken auf dem Erdboden. Der luxierte Oberschenkel wird nunmehr rechtwinklig in Hüft und Knie gebeugt. Unter dem Kniegelenk wird ein zweites festes Handtuch durchgeschlungen, dessen Enden wiederum jederseits die beiden Assistenten, welche mit ihrem Körpergewicht das Becken fixieren, ergreifen und über die Schulter ziehen. Auf das Kommando des Operateurs üben nun die beiden Assistenten einen sehr starken Zug an dem flektierten Oberschenkel, und es gelingt auf diese Weise leicht die Einrenkung der Hüfte. O. glaubt, dass die Zugkraft, welche auf diese Weise ausgeübt werden kann,



mehr als 100 kg. beträgt. Das Verfahren hat den grossen Vorteil, dass es ohne ärztliche Assistenz mit Hilfe von irgend welchen Gehilfen und an irgend einem Orte leicht ausgeführt werden kann.

Stein-Wiesbaden.

34) **Ziegner.** Die coxitischen Luxationen des frühen Kindesalters. (Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1910. 105. Bd., S. 404 ff. Mit 25 Abbildungen.)

Nach einleitenden Bemerkungen über die Geschichte der coxitischen Luxationen teilt Z. 6 Fälle derselben mit. Von 128 ein- und doppelseitigen Hüftluxationen, die der Chirurg. Universitätsklinik Berlin in den letzten 2 Jahren zugingen, waren 11 Spontanluxationen nach Coxitis. Bezüglich der Aetiologie ist er der Ansicht, dass es sich in der Regel nicht um eine synoviale Entzündung mit sekundärer Gelenksbeteiligung (Drehmann, Wette) handelt, sondern um osteomyelitische Metastasen. Meist sind es Distensionsluxationen (infolge schneller und starker Kapseldehnung), selten Destruktionsluxationen (infolge hochgradiger Zerstörungen der Gelenkenden). Das Röntgenbild zeigt nur am Anfang Unterschiede gegenüber der kongenitalen Luxation. Bei längerem Bestehen sind prinzipielle Unterschiede nicht mehr nachweisbar. Die Behandlung ist die gleiche, wie bei der kongenitalen Luxation: Unblutige Einrenkung. In der Regel ist der Ablauf der entzündlichen Erscheinungen abzuwarten. Fisteln sind keine unbedingte Kontraindikation. Die Prognose ist selbst bei schwerer Destruktion der Knochenenden noch günstig.

25 grösstenteils sehr instruktive Röntgenbilder illustrieren die Arbeit.

Natzler-Heidelberg.

35) **Henning Waldenström.** Die Tuberkulose des Collum femoris im Kindesalter und ihre Beziehungen zur Hüftgelenkentzündung. (Stockholm 1910. Norstedt & Söner.)

Die Arbeit beschäftigt sich an der Hand von 83 selbst beobachteten und behandelten Fällen eingehend mit der Pathologie der Collumtuberkulose mit ausführlicher Litteraturangabe und genauer Anführung der Krankengeschichten und der radiologischen Befunde.

Unter den 83 Fällen bestand 22 mal, also in 26,5 % ein primärer Herd im Collum, und zwar meist bei Kindern unter 5 Jahren.

Verf. empfiehlt sehr die probatorische Tuberkulininjektion, die ausser der Allgemeinreaktion noch die diagnostisch bedeutungsvolle



Herdreaktion hervorruft. Letztere zeigt sich in einer Vermehrung der koxitischen Symptome und entscheidet, ob ein Collumherd isoliert oder mit Synovitis kombiniert vorhanden ist. Bei Synovitis tritt vermehrte Schmerzhaftigkeit bei Druck auf die Kapsel und deutliche Bewegungsbeschränkung auf. Charakteristisch für Collumherd ist gesteigerter Druckschmerz über dem Herd, dagegen keine Bewegungsbeschränkung.

Am häufigsten (15 mal unter den 22 Fällen) fand sich der untere Collumherd, der stets im unteren medialen Teil des Collum dicht am Epiphysenknorpel liegt und meist Sequester enthält. Er wirkt meist stark destruktiv, indem er bald ins Gelenk durchbricht und den grössten Teil des oberen Femurendes zerstört.

Der obere Collumherd ist gutartiger und liegt hauptsächlich im oberen Teil des Collum, dicht am Epiphysenknorpel. Der Herd entwickelt sich sehr langsam und vergrössert sich nach aufwärts. Der obere Rand des verdickten Halses wird kürzer, der untere krümmt sich um. So entsteht auch klinisch ein Krankheitsbild, das der Coxa vara ähnlich ist und in intermittierendem Hinken, Bewegungsbeschränkung, besonders Abduktion, Trochanterhochstand, Atrophie und Trendelenburg besteht. Während jedoch bei Coxa vara der Trochanter prominent ist, erscheint er hier mehr eingesunken. In späteren Stadien kommt es noch zu deformierenden Prozessen, die vielfach schon als juvenile Osteoarthritis deformans coxae gedeutet worden sind. Im Gegensatz zum oberen Collumherd ist der Schenkelkopf beim unteren meist frei von Tuberkulose, entsprechend der Gefässversorgung.

Beim oberen Herd kann man durch konservative Behandlung ein bewegliches Gelenk erzielen. Operation kommt nur in Frage, wenn der Kopf noch nicht deformiert ist.

Ein isolierter unterer Herd muss entfernt werden. Ist er mit beginnender Synovitis kompliziert, so empfiehlt Verf. die prophylaktische extrakapsuläre Herdexstirpation: Zurückklappen des Trachanter, Einbohren eines Trepans bis zum Herd, der exkochleirt wird. Nach Anlegen eines festen Verbandes Lagerung in ein Gipsbett mit stark abduziertem Bein. Besteht bei unterem Collumherd eine vorgeschrittene Synovitis, so ist erst konservative Behandlung anzuraten, später eventuell Radikaloperation. **Zander-Heidelberg.**

36) **Vivier.** Traitement des fractures de la cuisse chez l'enfant. (La Pathologie infantile. 7e Année Nr. 7. 1910.)

Die Oberschenkelbrüche beim Kind entstehen meist im mittleren und unteren Drittel, sehr häufig nach langer Immobilisierung im



Gipsverband bei Coxitis oder Hüftluxation. Ihr Sitz ist dann fast immer dicht oberhalb der Epiphysenlinie. Das obere Fragment wird durch den Psoas nach vorn und aussen gezogen. Auf das untere wirken die Adduktoren ein. Es entsteht ein Winkel mit nach vorn und aussen gerichtetem Scheitel.

Als Behandlung hat sich Verf. ein Gipsverband bewährt, ähnlich wie bei Coxitis um Becken und ganzes Bein. In Narkose wird nach völliger Muskelerschlaffung ein Zug in Abduktion ausgeübt und so der Verband angelegt. Ein Sitzring wird anmodelliert. Nach 14 Tagen Laufen. Der Verband bleibt 30—40 Tage liegen, dann nach 2—3 Wochen Nachbehandlung. **Zander**-Heidelberg.

37) **Kienböck** (Wien). Ueber Osteochondritis an der Tuberositas tibiae und die sogenannte Osgood-Schlattersche Erkrankung. (Fortschr. auf d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. XV. H. 3. S. 135. 5 Fig.

Im Jahre 1903 beschrieben unabhängig von einander Osgood und Schlatter eine Krankheit, die sich klinisch im allgemeinen als eine mehr oder minder grosse schmerzhafte Schwellung in der Gegend der Tuberositas tibiae präsentierte. Die beiden Autoren fassten die Affektion traumatisch, als Abreissung des Schienbeinstachels auf. Zu grösstenteils anderen Resultaten kommt K. auf Grund von 7 genau klinisch und radiologisch untersuchten Fällen. Es handelte sich um 5 Knaben und 2 Mädchen im Alter von 12—15 Jahren. Die Affektion—Schwellung, verschieden schmerzhaft, in der Gegend der Tub. tib., einmal mit Fluktuation— war 6 mal einseitig, einmal doppelseitig. Störungen nur bei Anstrengungen und auch dann nicht hochgradig. Kniegelenke nicht geschwollen. Das Pathologische des Röntgenbildes sieht K. „in der verschwommenen Aufhellung der Konturen und in der verschwommenen, kleinfleckigen Aufhellung z. T. Zerklüftung des Innenbildes der Epiphysenzunge und des Tuberositaskerns“, also nach K. hauptsächlich das Bild der Knochendestruktion. Er meint weiter, dass es sich in der Mehrzahl der Fälle um eine Osteochondritis (5 Fälle) handle. Auch in zwei weiteren Fällen lässt er diese Diagnose als wahrscheinlich gelten. Aetiologisch nimmt er kein Trauma, sondern eine Quetschung oder Zerrung an. (Der Unterschied scheint mir höchstens graduell, nicht prinzipiell zu sein! Ref.) Auf Grund des letzten Falles, bei dem ein tuberkulöser Abscess bestand, meint K., dass es sich bei ähnlichen Krankheiten um Tuberkulose handeln könnte. Auch Infektionen anderer Art will er gelten lassen. Schliesslich kommt auch



noch die Osgood-Schlattersche Ansicht zu ihrem Recht. Doch erscheinen K. Namen wie O.-Sch.'sche Fraktur und Erkrankung nicht recht angezeigt. **Natzler**-Heidelberg.

38) **Kienböck** (Wien). Ein Fall von Abbruch der Tuberositas tibiae samt Teil des Condylus. (Fortschr. auf d. Geb. der Röntgenstr. Bd. XV. H. 3. S. 140 ff. mit 2 Textfig. u. 4 Röntgenbildern.)

K. trennt streng die Läsionen leichterer Art der Gegend der Tuberositas tibiae von denen schwerer Art, „wie es der Abbruch der ganzen Tuberositas tibiae mit oder ohne Teil des Kondyls ist." Er macht den Versuch einer klinischen Differentialdiagnose zwischen Kontusionen und schwereren Verletzungen der Regionen und stellt für die letzteren verschiedene Formen auf.

Dann führt er den oben bezeichneten Fall an. Er erweckte bei der klinischen Untersuchung den Verdacht auf Gelenkfraktur. Die radiologische Untersuchung (5 Wochen nach d. Unfall) ergab einen Abbruch der Tuberositas tibiae mit dem vorderen und lateralen Rand der Epiphysenscheibe. Das Stück war nur mit dem unteren Teil abgehoben, mit dem oberen noch fixiert. Therapeutisch wurde ausser Bettruhe nichts getan. Nach 2 Monaten Gehen mit Stock, nach 3—4 Monaten normales Gehen. Trotz zweier weiterer Traumata nach 5 Jahren fast völlig normaler Befund. Gang tadellos. Auch radiologisch fast völlig normal. **Natzler**-Heidelberg.

39) **Fink** (Karlsbad). Ueber veraltete traumatische Luxationen des Fusses im Talocruralgelenk. (Archiv f. klin. Chir. 92. Band, 4. Heft, S. 1194 ff. 2 Textfiguren, Literatur.)

Monographieen über traumatische Luxationen des Fusses im Talocruralgelenk haben 1898 Wendel und 1904 Richter verfasst. Veranlasst durch einen selbstbeobachteten Fall studierte F. insbesondere die veralteten Luxationen dieses Gelenks. Diese veralteten Luxationen bieten verschiedene Schwierigkeiten: In der Diagnose, der Behandlung und endlich in der Erlangung eines guten funktionellen Resultats.

Unter „veralteten" Luxationen versteht F. mit Streubel-Krönlein im allgemeinen solche, die länger als 3 Wochen bestanden haben (das genauere Schema ist: 1. frische Luxationen ohne entzündliche Symptome 1—3 Tage. 2. Luxationen mit bereits eingetretener entzündlicher Reaktion — „intermediäre" — 2—3 Wochen. 3. Luxationen mit bereits bestehenden regenerativen Veränderungen — „veraltete" — über 3 Wochen.)



In der Literatur sind 12 solche Fälle bekannt, inklusive des F.'schen. 5 Luxationen im Talocruralgelenk nach vorn, 6 nach hinten, 1 „Pronationsluxation". Das Vorherrschen der Luxationen in sagittaler Richtung wird mit der verhältnismässig geringen Difformität erklärt, wodurch eben die Diagnose erschwert wird. Gewöhnlich werden dann Kontusionen des Sprunggelenks mit starkem Bluterguss diagnostiziert.

Von den 11 bekannten Fällen gibt F. nähere Details. Dann bespricht er genau den von ihm beobachteten Fall, bei dem es sich um eine Fibulafraktur mit Verschiebung des ganzen Fusses nach hinten handelte. Nach 2 maligem erfolglosem Versuch einer unblutigen Reposition operative Behandlung. Das Nähere, das über die mannigfachen Schwierigkeiten der Reposition etc. genaue Auskunft gibt, wäre im Original nachzulesen. Nur soviel: das Endresultat war ein gutes; nach 4 Wochen Gehversuche, nach weiteren 4 Wochen Entlassung „mit ziemlich guter Funktion".

Die bei veralteten Luxationen im Talocruralgelenk in Betracht kommenden Behandlungsmöglichkeiten sind: Die unblutige Reposition (manuell oder mit dem Osteoklasten) und die blutige Reposition (Tenotomie, besonders bei den Franzosen geschätzt, und Arthrotomie).

Die Resultate sind schlecht: In allen Fällen wurde zuerst unblutige Reposition versucht, die 8 mal nicht gelang. Einmal nur war ein guter Erfolg zu verzeichnen. Dreimal ein Teilerfolg. Dreimal wurde dann blutig reponiert: Zwei Erfolge, bei einem Misserfolg!

F. kommt zu dem Schluss: Nach erfolglosem unblutigen Repositionsversuch operative Behandlung. Ob sie wesentlich bessere Resultate liefert, wird eine grössere Zahl von Fällen zeigen müssen: Sie wurde bisher erst dreimal versucht!

Natzler-Heidelberg.

40) **Chutro.** Sobre la Operacion de Wladimiroff-Mikulicz. (87 S. mit 28 Abbildungen. 1910. Buenos-Aires.)

Die Operation nach Wladimiroff-Mikulicz, welche in Deutschland Allgemeingut der Chirurgen ist, scheint im Ausland noch keineswegs sehr bekannt zu sein; wenigstens hat Ch. in der gesamten südamerikanischen Literatur nur 4 einschlägige Fälle ermitteln können einschliesslich seiner beiden eigenen Beobachtungen. In der vorliegenden Monographie wird die Geschichte dieser Operation und die verschiedenen von den Autoren angegebenen Modifikationen ausführlich beschrieben und durch zahlreiche sehr instruktive Ab-



bildungen illustriert. Ch. selbst macht auch einige Vorschläge zur weiteren Verbesserung, die darauf hinauszielen, nur knöcherne Teile zu opfern. Er hatte aber bisher noch keine Gelegenheit, seine Leichenversuche an einem praktischen Falle zu erproben. Die beiden von ihm beobachteten Fälle, welche ausführlich geschildert und durch eine ganze Reihe von Abbildungen und Röntgenbildern illustriert werden, wurden nach dem ursprünglichen Verfahren operiert. In dem einen derselben handelte es sich um einen 52 jährigen Mann, welcher an einem Fungus des Calcaneus litt; in dem andern Fall handelte es sich um einem 38 jährigen Mann mit einer Tuberkulose des Fussgelenks.

Stein-Wiesbaden.

41) **Decref.** Estado actual de los trabajos sobre patogenia de las exostosis del calcáneo llamadas espuelas. (Rev. de Medic. y Cir. pract. de Madrid. No. 1. 128. 28. Juni 1910.)

Uebersicht über die Pathologie der Calcaneusexostosen. Die Aetiologie dieser Erkrankung kann auf Syphilis, auf Gonorrhoe, auf Rheumatismus, auf Rhachitis und auf Arteriosklerose zurückzuführen sein. Es führt meistens eine nicht-operative Behandlung zur Heilung der Beschwerden. Die Operation ist nur in seltenen Fällen indiziert.

Stein-Wiesbaden.

42) **Kay-Schäffer.** Die Köhlersche Knochenerkrankung. (Münch. med. Woch. 1910. Nr. 29.)

Es wird ein Fall mitgeteilt, der an das von Köhler und Hänisch beschriebene Bild einer Erkrankung des Navikulare bei Kindern erinnert, wo im Anschluss an ein Trauma eine fehlerhafte Entwickelung der primären Knochenkernanlage sich ausbildet. Im vorliegenden Fall war ein Backstein auf das Dorsum pedis gefallen, und ein paar Tage danach klagte Patient über stechende Schmerzen an dieser Stelle beim Gehen, die sich in der Ruhe verloren, war müde und schlief unruhig, hatte auch ein wenig Temperatursteigerung. Das Röntgenbild zeigte eine Verdichtung des os naviculare, das verkleinert und sklerotisch aussah unter Andeutung der normalen Grenzen. Der andere Fuss war normal. Die Wade zeigte Atrophie. Unter Bettruhe, Priessnitz und Massage der Wade bildeten sich die Beschwerden zurück. Zwei Jahre nach dieser Erkrankung ergab das Röntgenbild völlig normale Verhältnisse.

Hohmann-München.

43) **E. W. Ryerson** (Chicago). Tendon transplantation in flatfoot. (Amer. journ. of orth. surg. 1910. Bd. VII, 4.)

Um in schweren Fällen von Plattfuss die Pronation zu beseitigen



hat man die Peroneen durchschnitten. R. hat jedoch öfter Rezidive beobachtet, möchte auch nicht auf die Kraft der guten Muskeln so ohne weiteres verzichten, weshalb er beide Peroneen unterhalb des Malleolus ext. durchtrennt und um die Fibula und über den Fussrücken zum 1. Keilbein führt, wo sie mit Seide befestigt werden. In den bisher so behandelten Fällen wurde immer eine dauernde Supinationsstellung erreicht, 3 mal auch eine aktive Wirkung der Peroneen konstatiert. 6 wöchiger Gipsverband und Nachbehandlung sind notwendig. **Ewald**-Hamburg.

44) **Hübener** (Gera). Ein Beitrag zur Technik der Herstellung von Fussabdrücken. (Deutsche militärärztl. Zeitschr. 1910. H. 16. S. 636.)

Modifikation der Fischerschen Methode. Der Fuss wird mit einer Lösung von 10% Liq. ferr. sesquichlorat. angefeuchtet und tritt auf mit 10% Kal. ferrocyanat. getränktes Filtrier- (nicht Konzept-) papier. Es entsteht ein Abdruck der Fusssohle in Berliner Blau. Die Methode gibt gute Resultate, ist einfach und billig.

Natzler-Heidelberg.

Kongress- und Vereinsnachrichten.

45) **82. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Königsberg vom 18. bis 24. September 1910.**

Unter dem Vorsitz von Rehn, v. Eiselsberg und Garrè tagte die chirurgische Abteilung der diesjährigen Naturforscherversammlung. Eine verhältnismässig grosse Zahl der Vorträge beschäftigte sich mit Knochenerkrankungen und Knochenoperationen, die auch orthopädisches Interesse besitzen.

Garrè schilderte die Bedeutung kleiner osteomyelitischer Epiphysenherde als Ursache jahrelanger intermittierender Gelenkschmerzen. Die Lokalisation der Osteomyelitis in den Epiphysen ist namentlich am Kniegelenk keine Seltenheit, wie dies schon Schede betont hat. Es handelt sich um kleine, bohnengrosse Herde, die weder zur Eiterung noch zur Sequesterbildung führten und lediglich Gelenksymptome machen. Erst das Röntgenbild führt auf die Diagnose. Die Therapie kann symptomatisch in entlastenden Verbänden oder radikal in der Entfernung des Krankheitsherdes bestehen. Ludloff betont den Wert des Perkussionsschmerzes für die Lokalisationsdiagnose der Herde.

Bergemann (Königsberg) schildert die Erfolge des Lexerschen Bindenverbandes ohne feste Schiene bei Radius- und Malleolarfrakturen. Während bei Radiusbrüchen eine Flanellbinde zur Anlegung des Verbandes genügt, wird beim Malleolarbruch die redressierte Stellung durch Heftpflasterstreifen in Verbindung mit Gummizügen erhalten. Von 20 so behandelten Fällen haben alle normale Erwerbsfähigkeit, zum Teil in überraschend kurzer Zeit, erreicht. Die durch-



schnittliche Behandlungsdauer bei Malleolarfrakturen betrug 50 Tage. Stieda (Halle) und Paetzold (Graudenz) empfehlen ebenfalls das Lexersche Verfahren, während Storp (Danzig) seinen bekannten Radiusverband als einfacher vorzieht.

Samter (Königsberg) demonstriert den Erfolg bei Exarticulatio pedis mit dem Zirkelschnitt wegen Gangräna senilis. Er wendet dies Verfahren (mit mehr minder schräger Absägung der Malleolen) als typische Operation an Stelle der tiefen Unterschenkelamputation an und erzielt durch die Erhaltung der unteren Knorpelfläche gut tragfähige Stümpfe.

Joachimsthal (Berlin) wies auf die Bedeutung von Wirbelanomalien für die Aetiologie der angeborenen Skoliose hin. Abnormitäten der Wirbelossifikation haben neben Halsrippen und mechanischen Momenten (Raumbeschränkung im Uterus) die grösste ätiologische Wichtigkeit. Sie führen zur Bildung von Schalt- und Keilwirbeln, die namentlich in der Lendenwirbelsäule beobachtet werden. Therapeutisch können bei dieser Aetiologie operative Massnahmen in Frage kommen.

Wrede (Königsberg) demonstriert eine Familie mit (lateralen) Patellarluxationen. Neben diesen Luxationen bestanden auch anderweitige Anomalien des Knochensystems. Derselbe Vortr. zeigt Röntgenbilder, Präparate und eine Patientin mit Lymphangiom des Knochens. Aehnlich wie in dem bekannten Fall von Katholicki ist es zu sehr ausgedehnter Knochenusurierung gekommen.

Frangenheim (Königsberg) demonstriert Bilder eines chondrodystrophischen Zwerges und erörtert die Bedeutung der Osteotomie bei Mikromelie. Joachimsthal (Berlin) hält es für gleichgültig, in welchem Zeitpunkt der Erkrankung man sich zur Osteotomie entschliesst. Rehn (Königsberg) erörtert an der Hand von Operationspräparaten die Entstehung der Gelenkchondrome, die er durch Knorpelkeimversprengungen während der Gelenkentwickelung erklären will. Die Behandlung kann allein in ausgiebiger Gelenkresektion mit sorgfältiger Entfernung der Kapsel bestehen.

Sohler (Königsberg) berichtet über Erfahrungen mit der Trypsinbehandlung bei chirurgischer Tuberkulose. Die Behandlung führte namentlich bei Gelenktuberkulosen niemals zum Ziel, sie hat gegenüber den Jodoform-Injektionen nur Nachteile wie z. B. hohe Temperatursteigerungen, Einschmelzungen im benachbarten Gewebe u. s. w.

Die Technik der Leimverbände erörterte Port (Nürnberg) an einigen Modellen.

Sehr interessante Demonstrationen v. Haberer's (Wien), Stieda's (Halle) und Frangenheim's (Königsberg) betrafen die Knochenverpflanzungen nach ausgedehnten Kontinuitätsresektionen der langen Röhrenknochen. Das Gebiet dieser Resektionen ist unzweifelhaft durch die guten Erfolge der Transplantation immer mehr ausgedehnt worden, wie dies auch von Garrè und Tillmanns bestätigt wurde.

O. Ehrhardt-Königsberg.

46) **Speroni.** Myotonia congenita (enfermedad de Thomsen). (Rev. de la Sociedad Médica Argentina. No. 98. September-Oktober 1909.)

Mitteilung eines Falles von Myotonia congenita (Thomsen'sche Krankheit) bei einem 21jährigen Arbeiter. Die Krankheit hatte im Alter von vier



Jahren begonnen und bestand darin, dass, wenn der Kranke 5—15 Minuten in sitzender oder liegender oder stehender Stellung verharrt hatte und nun versuchte, Bewegungen auszuführen, sich eine Rigidität der Glieder einstellte, welche es sehr schwer machte, dieselben zu bewegen. Er ging die ersten 10 bis 15 Schritte mit fast steifen Beinen und erst allmählich gewann er seine Beweglichkeit wieder zurück. Die histologische Untersuchung der Muskulatur an einigen ausgeschnittenen Probestücken ergab die für die Erkrankung charakteristischen Veränderungen. Hauptsächlich imponierte dabei das vergrösserte Volumen der einzelnen Muskelfibrillen.

Stein-Wiesbaden.

47) **Jakob**. Sobre un caso de paraplegia espasmodica familiar progresiva (Maladie de Struempell) con examen histopatologico completo. (Rev. de la Sociedad Médica Argentina. No. 98. September—Oktober 1909.)

Mitteilung eines Falles von familiärer spastischer progressiver Paraplegie (Strümpell'sche Krankheit) bei einem 12 jährigen Jungen, welcher 4 Jahre lang im Krankenhaus beobachtet werden konnte und alsdann an einer Broncho-Pneumonie zu Grunde ging. Die Krankheit hatte sich im 5. Lebensjahre entwickelt, nachdem der Knabe zuvor vollkommen gesund gewesen war. 2 seiner Geschwister waren im Alter von 3—5 Jahren an der gleichen Krankheit erkrankt. Die mikroskopische Untersuchung des Rückenmarks ergab einen degenerativen Prozess der Pyramidenbahnen, welcher sich symmetrisch auf beiden Seiten vorfand und sich von der Brücke bis zum Lendenmark verfolgen liess. Ausserdem war eine Degeneration der Gowerschen Bündel und des Kleinhirnseitenstranges vorhanden. Im Gehirn fand sich eine Atrophie der Brücke und des Hirnschenkels und ausserdem eine deutliche Hypoplasie des Corpus callosum. In der Rolando'schen Furche boten die Riesenzellen alle Grade eines chronischen atrophischen Prozesses mit Tendenz zur Sklerose. Die Arbeit ist durch zahlreiche vorzügliche mikroskopische und makroskopische Abbildungen auf 16 Tafeln illustriert. **Stein**-Wiesbaden.

48) **Ribera**. Aneurisma traumático de la femoral debido á una fractura del tercio inferior del femur con presentación del enfermo. (Real Academia de Medecina de Madrid. Sesión del dia 23 de abril de 1910. Rev. de Medic. y Cir. pract. de Madrid. No. 1. 128. 28. Juni 1910.

Bei einem 13 jährigen Knaben hatte sich im Anschluss an eine Fraktur des unteren Endes des linken Oberschenkels ein Aneurysma der Arteria femoralis entwickelt. Die Arteriennaht wurde 6 Wochen nach der Verletzung mit sehr gutem Erfolge ausgeführt. **Stein**-Wiesbaden.

Tagesnachrichten und Personalien.

Eine Berliner orthopädische Gesellschaft wurde im November von Orthopäden und Chirurgen Berlins und Umgebung



gegründet. Zum 1. Vorsitzenden wurde Prof. Joachimsthal, zum 2. Dozent Dr. Wollenberg, zu Schriftführern Dr. Böhm und Prof. Helbing, zum Kassenwart Dr. Biesalski gewählt.

Dr. Lossen, Spezialarzt für Orthopädie und Besitzer der Ernst-Ludwig-Heilanstalt in Darmstadt, ist gestorben.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. Dr. **O. Vulpius** in Heidelberg, Luisenstr. 1—3, oder an die Verlagsbuchhandlung **S. Karger** in Berlin NW 6, Karlstr. 15, einsenden.



Sachregister.

Die **fett** gedrucklen Zahlen bezeichnen Original-Arbeiten.

Bz. = Buchanzeige. P. = Personalien.

A.

B.

C.

D.

E.

F.





H.

I.

J.



K.



P.







T.

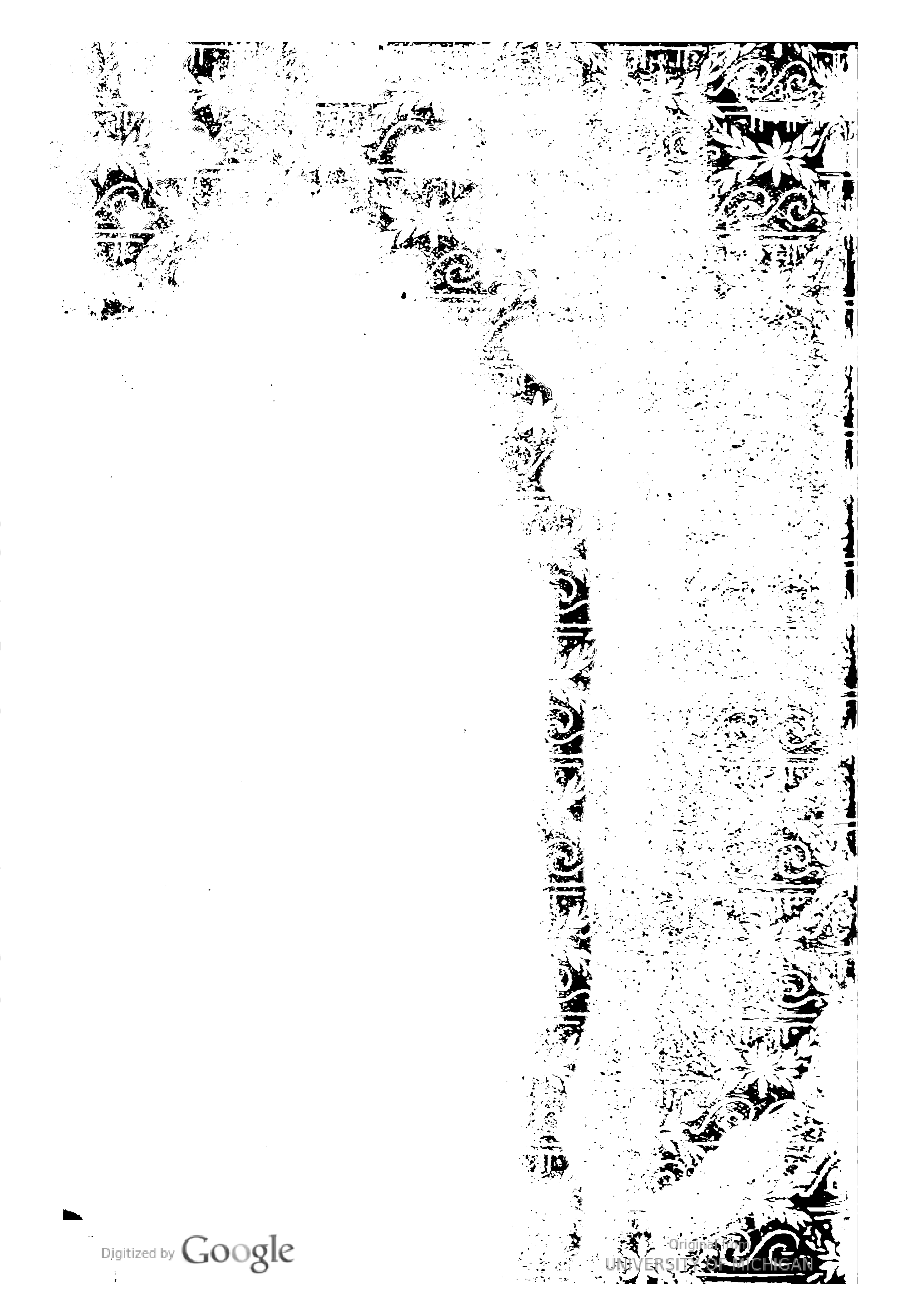
U.

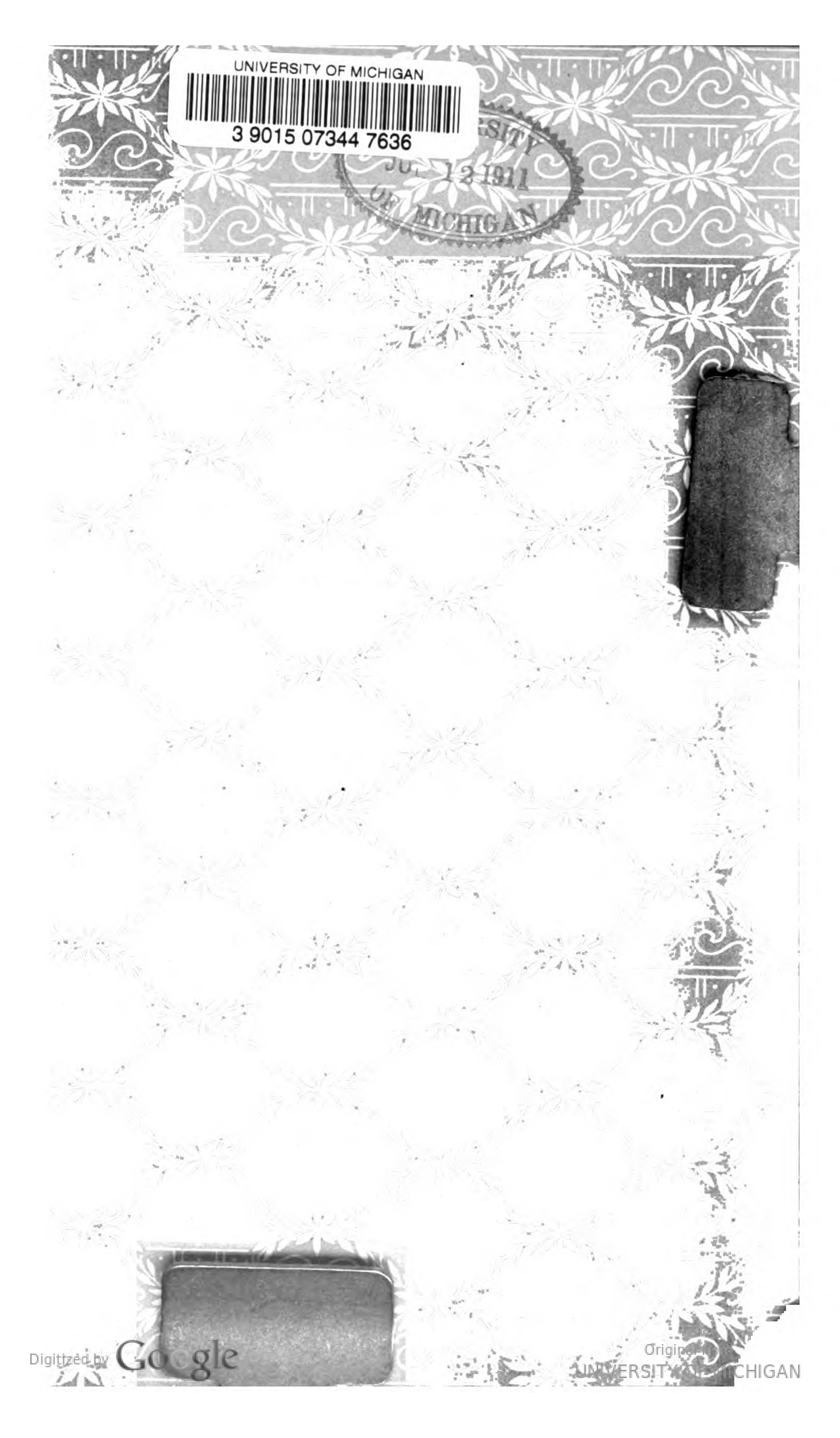


Namen-Register.

A.






UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 07344 7636


Generated on 2019-07-08 14:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447636
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google